



3 1761 11701779 8



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761117017798>



Second Session
Thirty-ninth Parliament, 2007

Deuxième session de la
trente-neuvième législature, 2007

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Special
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur le*

Aging

Vieillessement

Chair:

The Honourable SHARON CARSTAIRS, P.C.

Présidente :

L'honorable SHARON CARSTAIRS, C.P.

Monday, November 19 2007
Monday, November 26, 2007

Le lundi 19 novembre 2007
Le lundi 26 novembre 2007

Issue No. 1

Fascicule n° 1

Organization meeting

Réunion d'organisation

and

et

First meeting on:

Première réunion concernant :

Special study on aging

L'étude spéciale sur le vieillissement

INCLUDING:

THE FIRST REPORT OF THE COMMITTEE
(Expenses of the committee incurred in the
First Session of the Thirty-ninth Parliament)

Y COMPRIS :

LE PREMIER RAPPORT DU COMITÉ
(Les dépenses du comité encourues au cours de la
première session de la trente-neuvième législature)

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS :

(Voir à l'endos)

THE SPECIAL SENATE COMMITTEE
ON AGING

The Honourable Sharon Carstairs, P.C., *Chair*
The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

Chaput	Keon
Cordy	* LeBreton, P.C.
Cools	(or Comeau)
* Hervieux-Payette, P.C.	Mercer
(or Tardif)	Stratton

*Ex officio members

(Quorum 3)

Change in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Stratton is substituted for that of the Honourable Senator Comeau (*November 26, 2007*).

The name of the Honourable Senator Comeau is substituted for that of the Honourable Senator Stratton (*November 23, 2007*).

The name of the Honourable Senator Stratton is substituted for that of the Honourable Senator Johnson (*November 15, 2007*).

The name of the Honourable Senator Keon is substituted for that of the Honourable Senator Nolin (*November 14, 2007*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL
SUR LE VIEILLISSEMENT

Présidente : L'honorable Sharon Carstairs, C.P.

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon
et

Les honorables sénateurs :

Chaput	Keon
Cordy	* LeBreton, C.P.
Cools	(ou Comeau)
* Hervieux-Payette, C.P.	Mercer
(ou Tardif)	Stratton

*Membres d'office

(Quorum 3)

Modifications de la composition du comité :

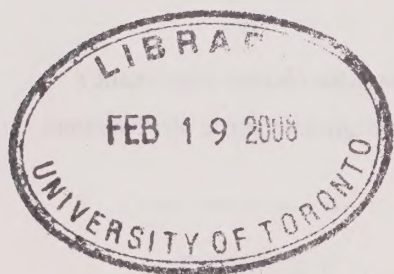
Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

Le nom de l'honorable sénateur Stratton est substitué à celui de l'honorable sénateur Comeau (*le 26 novembre 2007*).

Le nom de l'honorable sénateur Comeau est substitué à celui de l'honorable sénateur Stratton (*le 23 novembre 2007*).

Le nom de l'honorable sénateur Stratton est substitué à celui de l'honorable sénateur Johnson (*le 15 novembre 2007*).

Le nom de l'honorable sénateur Keon est substitué à celui de l'honorable sénateur Nolin (*le 14 novembre 2007*).



ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* of Thursday, November 1, 2007:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator Carstairs, P.C., seconded by the Honourable Senator Fairbairn, P.C.:

That a Special Committee of the Senate be appointed to examine and report upon the implications of an aging society in Canada;

That, pursuant to rule 85(1)(b), the committee be comprised of seven members, to be nominated by the Committee of Selection and that three members constitute a quorum;

That the Committee examine the issue of aging in our society in relation to, but not limited to:

- promoting active living and well being;
- housing and transportation needs;
- financial security and retirement;
- abuse and neglect;
- health promotion and prevention; and
- health care needs, including chronic diseases, medication use, mental health, palliative care, home care and caregiving;

That the Committee review public programs and services for seniors, the gaps that exist in meeting the needs of seniors, and the implications for future service delivery as the population ages;

That the Committee review strategies on aging implemented in other countries;

That the Committee review Canada's role and obligations in light of the 2002 Madrid International Plan of Action on Ageing;

That the Committee consider the appropriate role of the federal government in helping Canadians age well;

That the Committee have power to send for persons, papers and records, to examine witnesses, to report from time to time and to print such papers and evidence from day to day as may be ordered by the Committee;

That the Committee be authorized to permit coverage by electronic media of its public proceedings with the least possible disruption of its hearings;

That, pursuant to rule 95(3)(a), the Committee be authorized to meet during periods that the Senate stands adjourned for a period exceeding one week;

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 1^{er} novembre 2007 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Carstairs, C.P., appuyée par l'honorable sénateur Fairbairn, C.P.,

Qu'un comité spécial du Sénat soit chargé d'examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et d'en faire rapport;

Que, en conformité avec l'article 85(1)b) du Règlement, le comité soit composé de sept membres, désignés par le Comité de sélection, et que trois membres constituent le quorum;

Que le comité examine la question du vieillissement dans notre société sur divers plans notamment :

- la promotion de la vie active et du bien-être;
- les besoins en matière de logement et de transport;
- la sécurité financière et la retraite;
- les mauvais traitements et la négligence;
- la promotion de la santé et la prévention;
- les besoins en matière de soins de santé, y compris en ce qui touche les maladies chroniques, la consommation de médicaments, la santé mentale, les soins palliatifs, les soins à domicile et la prestation de soins;

Que le comité examine les programmes et les services publics destinés aux aînés, les lacunes qu'il faut corriger pour répondre aux besoins des aînés, et les incidences du vieillissement de la population sur la prestation future des services;

Que le comité examine des stratégies sur le vieillissement mises en œuvre dans d'autres pays;

Que le comité examine le rôle et les obligations du Canada découlant du Plan d'action international sur le vieillissement des populations, établi à Madrid en 2002;

Que le comité se penche sur le rôle que doit jouer le gouvernement fédéral pour aider les Canadiens à bien vieillir;

Que le comité soit habilité à convoquer des personnes, à obtenir des documents et des dossiers, à interroger des témoins, à faire rapport de temps à autre et à faire imprimer au jour le jour les documents et témoignages dont il peut ordonner l'impression;

Que le comité soit autorisé à permettre aux médias d'information électroniques de diffuser ses délibérations publiques en dérangeant le moins possible ses audiences;

Que, conformément à l'article 95(3)a) du Règlement, le comité soit autorisé à se réunir pendant les périodes où le Sénat est ajourné pendant plus d'une semaine;

That the papers and evidence received and taken and work accomplished by the Committee on this subject during the First Session of the Thirty-ninth Parliament be referred to the Committee;

That the Committee submit its final report no later than June 30, 2008, and that the Committee retain all powers necessary to publicize its findings until 90 days after the tabling of the final report;

And on the motion in amendment of the Honourable Senator Comeau, seconded by the Honourable Senator Tkachuk, that the motion be amended by replacing the words "June 30, 2008" with "March 31, 2008" in the last paragraph.

The question being put on the main motion, as amended, it was adopted.

Que les documents reçus, les témoignages entendus, et les travaux accomplis par le comité sur ce sujet au cours de la première session de la trente-neuvième législature soient renvoyés au comité;

Que le comité présente son rapport final au plus tard le 30 juin 2008, et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions dans les 90 jours suivant le dépôt du rapport final;

Et sur la motion d'amendement de l'honorable sénateur Comeau, appuyée par l'honorable sénateur Tkachuk, que l'on modifie la motion en substituant aux mots « le 30 juin 2008 » les mots « le 31 mars 2008 » au dernier paragraphe.

La motion principale, telle que modifiée, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

MINUTES OF PROCEEDINGS

Monday, November 19, 2007

(1)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 1:05 p.m., in room 9, Victoria Building, for the purpose of organization, pursuant to rule 88.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cools, Cordy, Keon and Stratton (6).

In attendance: Julie Cool and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to rule 88, the clerk of the committee presided over the election of the chair.

The Honourable Senator Keon moved that the Honourable Senator Carstairs, P.C., be chair of the committee.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Carstairs, P.C., took the chair.

The Honourable Senator Cordy moved that the Honourable Senator Keon be deputy chair of the committee.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Keon moved:

That the Subcommittee on Agenda and Procedure be composed of the chair, the deputy chair, and one other member of the committee, to be designed after the usual consultation; and

That the subcommittee be empowered to make decisions on behalf of the committee with respect to its agenda, to invite witnesses and schedule hearings.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Chaput moved:

That the committee print copies of its proceedings and that the chair be authorized to adjust this number to meet demand.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Chaput moved:

That, pursuant to rule 89, the chair be authorized to hold meetings, to receive and authorize the printing of the evidence when a quorum is not present, provided that a member of the committee from both the government and the opposition be present.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Stratton moved:

That the committee adopt the draft first report, prepared in accordance with rule 104.

The question being put on the motion, it was adopted.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le lundi 19 novembre 2007

(1)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 13 h 5, dans la salle 9 de l'édifice Victoria, pour tenir sa séance d'organisation, conformément à l'article 88 du Règlement.

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cools, Cordy, Keon et Stratton (6).

Aussi présents : Julie Cool et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Également présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'article 88 du Règlement, la greffière du comité préside à l'élection à la présidence.

L'honorable sénateur Keon propose que l'honorable sénateur Carstairs, C.P., soit la présidente du comité.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Carstairs, C.P., occupe le fauteuil.

L'honorable sénateur Cordy propose que l'honorable sénateur Keon soit vice-président du comité.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Keon propose :

Que le Sous-comité du programme et de la procédure se compose de la présidente, du vice-président et d'un membre du comité désigné après les consultations d'usage; et

Que le sous-comité soit autorisé à prendre des décisions au nom du comité relativement au programme, à inviter les témoins et à établir l'horaire des audiences.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Chaput propose :

Que le comité fasse imprimer ses délibérations et que la présidente soit autorisée à déterminer le nombre d'exemplaires à imprimer pour répondre à la demande.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Chaput propose :

Que, conformément à l'article 89 du Règlement, la présidente soit autorisée à tenir des réunions pour entendre des témoignages et à en permettre la publication en l'absence de quorum, pourvu qu'un représentant du gouvernement et un représentant de l'opposition soient présents.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Stratton propose :

Que le comité adopte l'ébauche du premier rapport, préparée conformément à l'article 104 du Règlement.

La question, mise aux voix, est adoptée.

The Honourable Senator Cordy moved:

That the committee ask the Library of Parliament to assign analysts to the committee;

That the Subcommittee on Agenda and Procedure be authorized to retain the services of such experts as may be required by the work of the committee; and

That the chair, on behalf of the committee, direct the research staff in the preparation of studies, analyses, summaries, and draft reports.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Chaput moved:

That, pursuant to section 32 of the Financial Administration Act, and section 7, Chapter 3:06 of the *Senate Administrative Rules*, authority to commit funds be conferred individually on the chair, the deputy chair and the clerk of the committee; and

That, pursuant to section 34 of the Financial Administration Act, and section 8, Chapter 3:06 of the *Senate Administrative Rules*, authority for certifying accounts payable by the committee be conferred individually on the chair, the deputy chair and the clerk of the committee.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Keon moved:

That the committee empower the Subcommittee on Agenda and Procedure to designate, as required, one or more members of the committee and/or such staff as may be necessary to travel on assignment on behalf of the committee.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Keon moved:

That the Subcommittee on Agenda and Procedure be authorized to:

(1) determine whether any member of the committee is on "official business" for the purposes of paragraph 8(3)(a) of the Senators Attendance Policy, published in the *Journals of the Senate* on Wednesday, June 3, 1998; and

(2) consider any member of the committee to be on "official business" if that member is: (a) attending a function, event or meeting related to the work of the committee; or (b) making a presentation related to the work of the committee.

The question being put on the motion, it was adopted.

It was agreed that the Honourable Senator Carstairs, P.C., be considered on official business on November 20, 2007, for the purpose of making a presentation at Queen's University on behalf of the committee.

The Honourable Senator Chaput moved:

That, pursuant to the Senate guidelines for witness expenses, the committee may reimburse reasonable travelling and living expenses for one witness from any one organization and payment

L'honorable sénateur Cordy propose :

Que le comité demande à la Bibliothèque du Parlement d'affecter des analystes au comité;

Que le Sous-comité du programme et de la procédure soit autorisé à faire appel aux services des experts-conseils dont le comité pourra avoir besoin dans le cadre de ses travaux;

Que la présidente, au nom du comité, dirige le personnel de recherche dans la préparation d'études, d'analyses, de résumés et de projets de rapport.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Chaput propose :

Que, conformément à l'article 32 de la Loi sur la gestion des finances publiques, et à l'article 7, chapitre 3:06, du *Règlement administratif du Sénat*, le pouvoir d'engager les fonds du comité soit conféré individuellement à la présidente, au vice-président et à la greffière du comité; et

Que, conformément à l'article 34 de la Loi sur la gestion des finances publiques, et à l'article 8, chapitre 3:06, du *Règlement administratif du Sénat*, le pouvoir d'approuver les comptes à payer au nom du comité soit conféré individuellement à la présidente, au vice-président et à la greffière du comité.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Keon propose :

Que le comité autorise le Sous-comité du programme et de la procédure à désigner, au besoin, un ou plusieurs membres du comité, de même que le personnel nécessaire, qui se déplaceront au nom du comité.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Keon propose :

Que le Sous-comité du programme et de la procédure soit autorisé à :

1) déterminer si un membre du comité remplit un « engagement public » au sens de l'alinéa 8(3)a) de la politique relative à la présence des sénateurs, publiée dans les *Journaux du Sénat* du mercredi 3 juin 1998; et

2) considérer qu'un membre du comité remplit un « engagement public » si ce membre : a) assiste à une réception, à une activité ou à une réunion se rapportant aux travaux du comité ou b) fait un exposé ayant trait aux travaux du comité.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Il est convenu de considérer que l'honorable sénateur Carstairs, C.P., remplira un engagement public le 20 novembre 2007, lorsqu'elle fera un exposé à l'Université Queen's au nom du comité.

L'honorable sénateur Chaput propose :

Que, conformément aux lignes directrices concernant les frais de déplacement des témoins, le comité rembourse les dépenses raisonnables de voyage et d'hébergement à un témoin par

will take place upon application, but that the chair be authorized to approve expenses for a second witness should there be exceptional circumstances.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Cordy moved:

That, the Subcommittee on Agenda and Procedure be authorized to permit coverage by electronic media of the committee's public proceedings at its discretion.

The question being put on the motion, it was adopted.

It was agreed that the committee meet from 12:30 p.m. to 3:30 p.m. on Mondays.

At 1:21 p.m., the committee suspended.

At 1:23 p.m., pursuant to rule 92(2)(e), the committee proceeded in camera to consider a draft agenda.

It was agreed that the senators' staff be permitted to remain in the room.

At 1:55 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Monday, November 26, 2007
(2)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:39 p.m., in room 9, Victoria Building, the Chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Comeau, Cordy and Keon (5).

In attendance: Julie Cool and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee commenced consideration of the implications of an aging society in Canada.

WITNESSES:

Human Resources and Social Development Canada:

Shawn Tupper, Director General, Social Policy Development;

Dominique La Salle, Director General, Seniors and Pensions Policy Secretariat;

Roman Habtu, Manager, OAS Benefits Policy.

organisme, après qu'une demande de remboursement aura été présentée, mais que la présidente soit autorisée à permettre le remboursement de dépenses à un deuxième témoin de ce même organisme en cas de circonstances exceptionnelles.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Cordy propose :

Que le Sous-comité du programme et de la procédure soit autorisé à permettre la diffusion des délibérations publiques du comité par les médias d'information électroniques, à sa discrétion.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Il est convenu que le comité se réunira les lundis, de 12 h 30 à 15 h 30.

À 13 h 21, la séance est interrompue.

À 13 h 23, conformément à l'alinéa 92(2)e du Règlement, le comité reprend ses travaux à huis clos pour examiner une ébauche d'ordre du jour.

Il est convenu que le personnel des sénateurs soit autorisé à demeurer dans la salle.

À 13 h 55, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le lundi 26 novembre 2007
(2)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 39, dans la salle 9 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Comeau, Cordy et Keon (5).

Aussi présents : Julie Cool et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Également présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité entreprend son étude sur les implications du vieillissement de la société au Canada.

TÉMOINS :

Ressources humaines et Développement social Canada :

Shawn Tupper, directeur général, Développement de la politique;

Dominique La Salle, directeur général, Secrétariat des politiques sur les aînés et les pensions;

Roman Habtu, gestionnaire, Politique de prestations de sécurité de vieillesse.

Department of Finance Canada:

Frank Vermaeten, Director General, Assistant Deputy Minister's Office;

Krista Campbell, Senior Chief, Federal-Provincial Relations Division;

Andrew Staples, Acting Chief, Federal-Provincial Relations Division.

The chair made an opening statement.

Mr. La Salle made a presentation and, with Mr. Tupper and Ms. Habtu, answered questions.

The Honourable Senator Keon moved:

That the following special study budget application (aging) be approved for submission to the Standing Senate Committee on Internal Economy, Budgets and Administration.

Professional and other services	\$ 30,000
Transportation and Communications	28,975
All other expenditures	2,500
TOTAL	\$ 61,475

The question being put on the motion, it was agreed.

At 1:45 p.m., the committee suspended.

At 1:50 p.m., the committee resumed.

The chair made a statement.

Ms. Campbell made a presentation and, with Mr. Vermaeten, answered questions.

The chair made a closing statement.

At 3:07 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

La greffière du comité,

Keli Hogan

Clerk of the Committee

Ministère des Finances du Canada :

Frank Vermaeten, directeur général, Bureau du sous-ministre adjoint;

Krista Campbell, chef principale, Division des relations fédérales-provinciales;

Andrew Staples, chef intérimaire, Division des relations fédérales-provinciales.

La présidente fait une déclaration liminaire.

M. La Salle fait une déclaration puis, aidé de M. Tupper et de Mme Habtu, répond aux questions.

L'honorable sénateur Keon propose :

Que le budget d'étude spéciale suivant (vieillesse) soit adopté et présenté au Comité sénatorial permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration :

Services professionnels et autres	30 000 \$
Transports et communications	28 975 \$
Toutes autres dépenses	2 500 \$
TOTAL	61 475 \$

La question, mise aux voix, est adoptée.

À 13 h 45, la séance est interrompue.

À 13 h 50, la séance reprend.

La présidente fait une déclaration.

Mme Campbell fait un exposé puis, aidée de M. Vermaeten, répond aux questions.

La présidente fait une déclaration de clôture.

À 15 h 7, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

REPORT OF THE COMMITTEE

Wednesday, November 21, 2007

The Special Senate Committee on Aging has the honour to table its

FIRST REPORT

Your committee, which was authorized by the Senate to incur expenses for the purpose of its examination and consideration of such matters as were referred to it, reports, pursuant to Rule 104 of the Rules, that the expenses incurred by the committee during the First Session of the Thirty-ninth Parliament are as follows:

1. With respect to its special study on aging:

Professional and Other Services	\$ 28,699
Transportation and Communications	10,322
All Other Expenditures	36
Witness Expenses	<u>16,129</u>
Total	\$ 55,186

During the session under consideration, your Committee considered one (1) order of reference, held fifteen (15) meetings, heard from eighty (80) witnesses and submitted three (3) reports in relation to its work.

Respectfully submitted,

La présidente,

SHARON CARSTAIRS

Chair

RAPPORT DU COMITÉ

Le mercredi 21 novembre 2007

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement a l'honneur de déposer son

PREMIER RAPPORT

Votre comité, qui a été autorisé par le Sénat à engager des dépenses aux fins d'examiner toutes questions qui lui ont été renvoyées, dépose, conformément à l'article 104 du Règlement, le relevé suivant des dépenses encourues à cette fin par le comité au cours de la première session de la trente-neuvième législature :

1. Relatif à son étude spéciale sur le vieillissement :

Services professionnels et autres	28 699 \$
Transports et communications	10 322 \$
Autres dépenses	36 \$
Indemnités des témoins	<u>16,129 \$</u>
Total	55 186, \$

Durant la session sous considération, votre Comité a étudié un (1) ordre de renvoi, tenu quinze (15) réunions, entendu quatre-vingts (80) témoins et soumis trois (3) rapports relatifs aux travaux qu'il a menés.

Respectueusement soumis,

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, November 19, 2007

The Special Senate Committee on Aging met this day at 1:05 p.m., pursuant to rule 88 of the *Rules of the Senate*, to organize the activities of the committee.

[English]

Ms. Keli Hogan, Clerk of the Committee: Honourable senators, there is a quorum. As clerk of your committee, it is my duty to preside over the election of the chair. I am ready to receive a motion to that effect.

Senator Keon: I nominate Senator Carstairs.

Ms. Hogan: Any other nominations? There being none, is it your pleasure, honourable senators, to adopt the motion?

Hon. Senators: Agreed.

Ms. Hogan: The motion is carried.

Senator Sharon Carstairs (Chair) in the chair.

The Chair: Honourable senators, the next item on our agenda is the election of a deputy chair. Senator Cordy?

Senator Cordy: I would like to nominate Senator Keon.

The Chair: Senator Keon's name has been moved by Senator Cordy. Is it agreeable with members of the committee that the Honourable Senator Keon be deputy chair?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: We now move to the third item on the list of things to do, a Subcommittee on Agenda and Procedure.

Before I do that, honourable senators, I will remind you that that is not the way this committee has functioned. We have made decisions as a whole committee because we are so small. The only thing that the Subcommittee on Agenda and Procedure has ever been asked to do is to sign off on some business matters. All decisions will continue to be made by the committee as a whole and not by a Subcommittee on Agenda and Procedure, but I think we should have a subcommittee. Will someone move that?

Senator Keon: I so move.

The Chair: It is moved by Senator Keon that the subcommittee be composed of the chair, the deputy chair and one other member of the committee to be designated after the usual consultation, and that the subcommittee be empowered to make decisions on behalf the committee with respect to its agenda, to invite witness and schedule hearings. Is that agreeable, honourable senators?

Hon. Senators: Agreed.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 19 novembre 2007

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 13 h 5, conformément à l'article 88 du Règlement du Sénat, pour tenir sa séance d'organisation.

[Traduction]

Mme Keli Hogan, greffière du comité : Honorables sénateurs, je vois qu'il y a le quorum. En tant que greffière du comité, il est de mon devoir de présider à l'élection du président. Je suis prête à recevoir une motion à cet effet.

Le sénateur Keon : Je propose le sénateur Carstairs.

Mme Hogan : Y a-t-il d'autres propositions? Comme je n'en vois pas, vous plaît-il, honorables sénateurs, d'adopter la motion?

Des voix : Oui.

Mme Hogan : La motion est adoptée.

Le sénateur Sharon Carstairs (présidente) occupe le fauteuil.

La présidente : Honorables sénateurs, le prochain point à l'ordre du jour porte sur l'élection d'un vice-président. Sénateur Cordy?

Le sénateur Cordy : J'aimerais proposer le sénateur Keon.

La présidente : Le sénateur Cordy propose le sénateur Keon. Les membres du comité sont-ils d'accord pour que l'honorable sénateur Keon soit vice-président?

Des voix : Oui.

La présidente : Nous passons maintenant au troisième point de notre liste; il concerne le Sous-comité du programme et de la procédure.

Avant toute chose, honorables sénateurs, j'aimerais vous rappeler que ce n'est pas ainsi que le comité fonctionnait par le passé. C'est le comité plénier qui prenait les décisions étant donné que nous sommes un très petit groupe. La seule chose qu'on ait jamais demandée au sous-comité du programme et de la procédure était de donner son approbation sur certaines questions. C'est le comité plénier et non le sous-comité du programme et de la procédure qui continuera de prendre toutes les décisions, mais je pense qu'il nous faut quand même un sous-comité. Qui veut proposer cette motion?

Le sénateur Keon : Moi.

La présidente : Le sénateur Keon propose que le sous-comité du programme et de la procédure soit composé de la présidente, du vice-président et d'un autre membre du comité désigné après les consultations d'usage; et que le sous-comité soit autorisé à prendre des décisions au nom du comité relativement au programme, à inviter des témoins et à établir l'horaire des séances. Est-ce que cela vous convient, honorables sénateurs?

Des voix : Oui.

The Chair: The next item is a motion to print the committee's proceedings. It is moved by Senator Chaput that the committee print it is proceedings and that the chair be authorized to set the number to meet the demand.

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: The next item is authorization to hold meetings and to print evidence when quorum is not present. Can I have a mover for that motion?

Senator Chaput: I so move.

The Chair: Senator Chaput moves that, pursuant to rule 89, the chair be authorized to hold meetings, to receive and authorize the printing of the evidence when a quorum is not present, provided that a member of the committee from both the government and opposition be present. Is that agreed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Could I have a senator move a motion concerning the financial report?

Senator Stratton: I so move.

The Chair: Senator Stratton moves that the committee adopt the draft first report, prepared in accordance with rule 104 — that, honourable senators, is our expenses. I thought honourable senators might like to know exactly what those expenses were. That is always something of interest to the Senate itself. We have done our usual good work in that respect, and I think the total figure is \$55,186, and that includes \$16,129 for witnesses' expenditures. We are at the \$39,000 rate of expenditure for this committee.

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Could I have a motion for research staff?

Senator Cordy: I so move.

The Chair: The motion states:

That the committee ask the Library of Parliament to assign analysts to the committee;

In the third paragraph it states:

That the Subcommittee on Agenda and Procedure be authorized to retain the services of such experts as may be required by the work of the committee, and that the chair, on behalf of the committee, and

That the Chair on behalf of the Committee, direct the research staff in the preparation of studies, analyses, summaries and the draft reports.

Agreed?

Hon. Senators: Agreed.

La présidente : Le prochain point à l'ordre du jour vise l'impression des délibérations du comité. Le sénateur Chaput propose que le comité fasse imprimer ses délibérations et que la présidence soit autorisée à fixer la quantité en fonction des besoins.

Des voix : D'accord.

La présidente : Le point suivant concerne l'autorisation de tenir des réunions et l'impression des témoignages en l'absence de quorum. Puis-je avoir un motionnaire?

Le sénateur Chaput : Moi, j'en fais la proposition.

La présidente : Le sénateur Chaput propose que, conformément à l'article 89 du Règlement, la présidence soit autorisée à tenir des réunions pour entendre des témoignages et à en permettre la publication en l'absence de quorum, pourvu qu'un représentant du gouvernement et un représentant de l'opposition soient présents. Cela vous convient-il?

Des voix : Oui.

La présidente : Est-ce qu'un sénateur veut bien proposer la motion concernant le rapport financier?

Le sénateur Stratton : J'en fais la proposition.

La présidente : Le sénateur Stratton propose que le comité adopte l'ébauche du premier rapport préparé conformément à l'article 104 du Règlement et qui, honorables sénateurs, porte sur nos dépenses. J'avais pensé que les honorables sénateurs auraient aimé savoir exactement l'état de nos dépenses. C'est toujours intéressant pour le Sénat. Nous avons bien fait nos devoirs à cet égard, comme d'habitude, et je crois que le chiffre total s'élève à 55 186 \$; cela inclut les 16 129 \$ consacrés aux dépenses pour les témoins. Le niveau des dépenses pour ce comité se situe à 39 000 \$.

Des voix : D'accord.

La présidente : Pourrais-je avoir une motion concernant le personnel de recherche?

Le sénateur Cordy : J'en fais la proposition.

La présidente : La motion se lit comme suit :

Que le comité demande à la Bibliothèque du Parlement d'affecter des analystes au comité;

Et le troisième paragraphe dit ceci :

Que le Sous-comité du programme et de la procédure soit autorisé à faire appel aux services d'experts-conseils dont le comité peut avoir besoin dans le cadre de ses travaux; et

Que la présidence, au nom du comité, dirige le personnel de recherche dans la préparation d'études, d'analyses, de résumés et de projets de rapport.

Êtes-vous d'accord?

Des voix : Oui.

The Chair: We now need a motion for the authority to commit funds and certify accounts.

It is moved by Senator Chapat:

That, pursuant to section 32 of the Financial Administration Act, and Section 7, Chapter 3:06, of the *Senate Administrative Rules*, authority to commit funds be conferred individually on the Chair, the Deputy Chair and the Clerk of the Committee; and

That pursuant to section 34 of the Financial Administration Act and Section 8, Chapter 3:06, of the *Senate Administrative Rules*, authority for certifying accounts payable by the Committee be conferred individually on the Chair, the Deputy Chair and the Clerk of the Committee.

Agreed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Could we have a motion with respect to travel, please?

Senator Keon: I so move.

The Chair: It is moved by the Honourable Senator Keon:

That the Committee empower the Subcommittee on Agenda and Procedure to designate as required one or more members of the committee and/or such staff as may be necessary to travel on assignment on behalf of the committee.

Is it agreed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Honourable senators, I will be going to Queen's University tomorrow afternoon to teach an elder law class on what exactly we are doing on aging. In September, I was in Newfoundland speaking to a provincial conference on the retirees in Newfoundland. In October, I was in Winnipeg doing a presentation as well. I want to let honourable senators know that even though we were in prorogation, I have continued to publicize our work.

Senator Cordy: On that point, it is excellent to hear about members of the committee travelling and speaking to communities about our committee's progress. In fact, our Rules Committee has identified an understanding. I do not think we have to add it formally here, but if we can informally say that when someone is speaking or attending a conference on behalf of a committee, that the committee members find out about it either beforehand or afterwards. I think it is good that we understand how we are communicating to the public.

The Chair: That is a good point. I will certainly keep you informed of the speeches that I intend to make.

The next item deals with designation of members travelling on committee meetings.

Senator Keon: I so move.

La présidente : Il me faut maintenant une motion concernant l'autorisation d'engager des fonds et d'approuver les comptes à payer.

Il est proposé par le sénateur Chapat :

Que, conformément à l'article 32 de la Loi sur la gestion des finances publiques et à l'article 7, chapitre 3:06, du *Règlement administratif du Sénat*, l'autorisation d'engager les fonds du comité soit conférée individuellement à la présidente, au vice-président et à la greffière du comité; et

Que, conformément à l'article 34 de la Loi sur la gestion des finances publiques et à l'article 8, chapitre 3:06 du *Règlement administratif du Sénat*, l'autorisation d'approuver les comptes à payer au nom du comité soit conférée individuellement à la présidente, au vice-président et à la greffière du comité.

D'accord?

Des voix : D'accord.

La présidente : Puis-je avoir une motion au sujet des voyages, s'il vous plaît?

Le sénateur Keon : J'en fais la proposition.

La présidente : Il est proposé par l'honorable sénateur Keon :

Que le comité autorise le sous-comité du programme et de la procédure à désigner, au besoin, un ou plusieurs membres du comité, de même que le personnel nécessaire, qui se déplaceront au nom du comité.

D'accord?

Des voix : Oui.

La présidente : Honorables sénateurs, je serai demain après-midi à l'Université Queen's pour donner un cours sur les droits des aînés et expliquer exactement ce que nous faisons ici, au Sénat. En septembre, j'étais à Terre-Neuve, pour assister à une conférence provinciale sur les retraités dans cette province. En octobre, j'ai fait la même chose à Winnipeg. Je tiens à vous signaler, honorables sénateurs, que même pendant la prorogation, j'ai continué de faire connaître notre travail.

Le sénateur Cordy : À ce propos, je me réjouis grandement d'entendre les membres du comité dire qu'ils voyagent et vont expliquer nos réalisations dans les communautés. En fait, notre comité de la procédure s'est entendu sur quelque chose. Je ne pense pas que ce soit nécessaire de l'ajouter officiellement, mais si nous pouvions dire, de manière informelle, que lorsque quelqu'un parle ou assiste à une conférence au nom du comité, les membres en soient informés, soit avant, soit après coup. Je trouve qu'il est bon de comprendre comment nous communiquons avec le public.

La présidente : Votre remarque est intéressante. Je ne manquerai pas de vous tenir informés des allocutions que j'ai l'intention de faire.

Le prochain point à l'ordre du jour concerne la désignation des membres qui voyagent pour les affaires du comité.

Le sénateur Keon : J'en fais la proposition.

The Chair: It is moved by Senator Keon:

That the Subcommittee on Agenda and Procedure be authorized to:

(1) determine whether any member of the Committee is on "official business" for the purposes of paragraph 8(3)(a) of the Senators Attendance Policy published in the *Journals of the Senate* on Wednesday, June 3, 1998; and

(2) consider any member of the committee to be on "official business" if that member is: (a) attending an event or a meeting related to the work of the Committee; or (b) making a presentation related to the work of that committee.

Is that agreed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Can I get quick agreement that the speech I will be giving tomorrow will be designated as one of those events?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Next item is travelling and living expenses of witnesses.

Senator Chaput: I so move.

The Chair: It is moved by the Honourable Senator Chaput that pursuant to the Senate guidelines for witness expenses, the committee may reimburse reasonable travel and living expenses for one witness from any one organization and payment will take place upon application, but that the chair be authorized to approve expenses for a second witness should there be exceptional circumstances. Is that agreed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Item number 12 deals with electronic media coverage of public meetings.

Senator Cordy: I so move.

The Chair: It is moved by Senator Cordy that the Subcommittee on Agenda and Procedure be authorized to permit coverage by electronic media of the committee's public proceedings at its discretion. Is that agreed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Honourable senators, the time slot for our regular meeting is designated for 12:30 p.m. to 3:30 p.m. May I have a motion to that effect?

Senator Keon: I so move.

The Chair: Is it agreed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Is there anything with respect to other business, while we are in this section of the meeting, before we go into further business?

La présidente : Il est proposé, par le sénateur Keon :

Que le Sous-comité du programme et de la procédure soit autorisé à :

(1) déterminer si un membre du comité remplit un « engagement officiel » au sens de l'alinéa 8(3)a) de la politique relative à la présence des sénateurs, publiée dans les *Journaux du Sénat* du mercredi 3 juin 1998; et

(2) considérer qu'un membre du comité remplit un « engagement officiel » si ce membre : (a) assiste à une activité ou à une réunion se rapportant aux travaux du comité; ou (b) fait un exposé ayant trait aux travaux du comité.

Vous plaît-il de l'adopter?

Des voix : Oui.

La présidente : Puis-je rapidement avoir votre accord sur le fait que le discours que je vais livrer demain sera considéré comme tel?

Des voix : Oui.

La présidente : Passons maintenant aux frais de déplacement des témoins.

Le sénateur Chaput : J'en fais la proposition.

La présidente : Il est proposé par l'honorable sénateur Chaput : Que, conformément aux lignes directrices du Sénat gouvernant les frais de déplacement des témoins, le comité puisse rembourser les dépenses raisonnables de voyage et d'hébergement à un témoin par organisme, après qu'une demande de remboursement aura été présentée, mais que la présidence soit autorisée à permettre le remboursement des dépenses pour un deuxième témoin du même organisme, en cas de circonstances exceptionnelles. D'accord?

Des voix : Oui.

La présidente : Le point n° 12 concerne la diffusion des délibérations publiques par médias d'information électroniques.

Le sénateur Cordy : J'en fais la proposition.

La présidente : Il est proposé par le sénateur Cordy que le sous-comité du programme et de la procédure soit autorisé à diffuser ses délibérations publiques par les médias d'information électroniques à sa discrétion. D'accord?

Des voix : Oui.

La présidente : Honorables sénateurs, l'horaire des séances régulières est établi comme suit : de 12 h 30 à 15 h 30. Puis-je avoir une motion à cet effet?

Le sénateur Keon : J'en fais la proposition.

La présidente : Êtes-vous d'accord?

Des voix : Oui.

La présidente : Avez-vous quelque chose à dire au sujet des travaux futurs, pendant qu'il en est encore temps, avant que nous passions à autre chose?

Senator Cools: I suppose I could classify this as other business. I am curious, Madam Chair, maybe you can provide me with some assistance. I would like some sort of explanation as to my membership on this Special Committee on Aging.

I observed in the *Debates of the Senate* of last Wednesday, November 14, 2007, that Senator Segal submitted the third report of the Selection Committee, which contained the names of the senators proposed by the Selection Committee to serve on this particular committee. I observed my name on that list.

Honourable senators, my office received a phone call from Maria Entwistle. I did not take the phone call, someone in my office did. Ms. Entwistle works in Senator Stratton's office. The message that I received was as follows: Maria Entwistle called to inform Senator Cools that she has been selected for the Senate Aging Committee.

I am just wondering if the chairman or the committee can be helpful in providing me with some explanation of this since I was not canvassed for either my willingness or availability to serve on this committee.

I would have raised these questions the day that the report was presented in the Senate. Unfortunately, it moved ahead very quickly. The chairman asked for unanimous consent to have the report considered immediately, so by the time I got into the chamber, the report had already been considered and adopted. I would have preferred to have asked my questions directly to the chairman of the committee, but there are many bewildering mysteries.

Could I be enlightened and perhaps have some explanation of the decision to place me on the Aging Committee?

The Chair: I can give you some information, Senator Cools. When I realized that the Selection Committee was holding their meeting last Wednesday, I spoke first to the whip on my side, Senator Cowan, and indicated that I would be quite happy to have Senator Cools as a member of my committee. I then ran into Senator Stratton in the hall and indicated to him as well that I would be quite happy to have Senator Cools as a member of my committee.

When I went to the Selection Committee on Wednesday at noon, I asked Senator Stratton if you had been contacted, and Senator Stratton indicated that you had. I had understood that by virtue of the fact that you had been contacted that you had in fact agreed. You were, therefore, moved by Senator Stratton at the meeting to be a member of the Aging Committee.

Senator Cools: I still have not received an explanation. You have very nobly given an account of your experience, but to me it is not an explanation.

Senator Stratton: I would suggest that if you have questions, you should pose them to the chair of the Selection Committee in the chamber. You have that right.

Le sénateur Cools : Je pense que je pourrais classer cela dans autres travaux. Il y a une question qui me préoccupe, madame la présidente, et peut-être vous pourrez m'aider à l'élucider. J'aimerais avoir des explications au sujet de ma nomination au sein de ce comité.

J'ai vu, dans les *Débats du Sénat* du mercredi 14 novembre 2007, que le sénateur Segal avait soumis le troisième rapport du comité de sélection, qui contenait les noms des sénateurs proposés pour servir au sein de ce comité en particulier. J'ai vu que le mien figurait sur la liste.

Honorables sénateurs, mon bureau a reçu un coup de téléphone de Maria Entwistle. Ce n'est pas moi qui ai pris directement l'appel, mais un membre du personnel de mon bureau. Mme Entwistle travaille pour le sénateur Stratton. Le message que j'ai reçu était le suivant : Maria Entwistle a appelé pour informer le sénateur Cools qu'elle avait été choisie par le comité du Sénat sur le vieillissement.

Je me demandais si la présidente ou des membres du comité pouvaient m'aider à comprendre, étant donné que je n'ai jamais exprimé mon désir de servir au sein de ce comité ni dit que j'étais disponible pour le faire.

J'aurais dû poser ces questions le jour où le rapport a été déposé au Sénat. Malheureusement, tout est allé très vite. Le président a demandé le consentement unanime des membres pour que le rapport soit examiné immédiatement. Alors, le temps que j'arrive à la Chambre, le rapport avait déjà été examiné et adopté. J'aurais préféré poser mes questions directement au président du comité, mais il y a beaucoup de mystères insondables.

Est-ce que quelqu'un pourrait m'éclairer ou m'expliquer pourquoi j'ai été choisie pour siéger au comité sur le vieillissement?

La présidente : Je peux vous fournir quelques informations, sénateur Cools. Lorsque je me suis rendu compte que le comité de sélection tenait une séance mercredi dernier, j'ai d'abord parlé au whip de mon parti, le sénateur Cowan, et je lui ai indiqué que je serais vraiment ravie d'avoir le sénateur Cools au sein de mon comité. J'ai ensuite couru après le sénateur Stratton, dans le hall, pour lui dire aussi que je serais vraiment contente que le sénateur Cools siége à mon comité.

Lorsque je suis allée à la séance du comité de sélection du mercredi midi, j'ai demandé au sénateur Stratton si vous aviez été contactée, et il m'a répondu que oui. J'ai compris par là que vous aviez accepté. C'est la raison pour laquelle le sénateur Stratton a proposé, lors de la réunion, que vous fassiez partie du comité sur le vieillissement.

Le sénateur Cools : Je n'ai toujours pas reçu d'explications. Vous avez très gentiment relaté votre version des faits, mais je ne suis pas plus avancée.

Le sénateur Stratton : Si vous avez des questions, je vous invite à les poser au président du comité de sélection à la Chambre. Vous avez le droit de le faire.

Senator Cools: Honourable senators, perhaps we do not understand the situation.

Something has been proposed to the Senate, and the Senate has voted on it and has adopted it. It is very puzzling to me. I have asked questions before and have not been successful in getting any answers.

At this point in time, it is no longer the chair of the committee responsible for this situation. The matter is now an order of the Senate. The situation has evolved and developed beyond that. Therefore, I cannot go and ask the Senate as a whole. Whom would I ask?

The Chair: All I can add, Senator Cools, is that we are quite pleased that you are a member of the committee, and we hope you will be able to provide us with assistance in this matter.

In the past session, we did have a member of the committee, Senator Murray, who was unable to continue with service. Therefore, we had a vacancy and I, for one, thought you would be an excellent replacement for Senator Murray.

Senator Cools: The substantive matter of serving on the committee is a totally different point from the phenomenon of consulting a senator's availability. I think most senators here know I am quite a busy person, and my life tends to be very heavily scheduled at all times.

I guess the real question that is being asked is, who selected me for this committee and who recommended me? I have not looked at the record of the proceedings of the Selection Committee. Who put my name forward?

The Chair: I was at the meeting, since I sit on the Committee of Selection. I nominated Senators Cordy, Mercer, Chaput and myself, and Senator Stratton nominated Senator Keon and you to be members of the committee.

Senator Cools: So then the person who should be answering here is Senator Stratton. Certainly he knows why he nominated me and certainly he would have known that he had not discussed the matter with me.

Senator Stratton: I would suggest again that you go and talk to the chair of the Selection Committee. I am not going to answer that question.

Senator Cools: I would like to say, colleagues, that I find the response unacceptable. Certainly, if someone chooses to move a motion in a committee putting my name before them, it would be nice if I knew, or if that person had discussed it with me. With respect to this phone call from Maria Entwistle, I did not speak with her and I received this message after the fact.

I would like to say that I think it is a very unfortunate way of proceeding. It is many things; it is inconsiderate, but it is especially unfortunate under the circumstances. I sincerely believe that senators have a constitutional right to be approached directly and to be asked for their preferences. I would submit to

Le sénateur Cools : Honorables sénateurs, peut-être ne comprenons-nous pas la situation.

On a proposé quelque chose au Sénat, qui l'a adopté. Cela me laisse très perplexe. J'ai posé des questions avant, et je n'ai pas réussi à obtenir de réponses.

À ce stade-ci, ce n'est pas le président du comité qui est responsable de la situation. La question relève du Sénat. La situation a évolué et pris une autre tournure. Par conséquent, je vais m'adresser au Sénat. Qui dois-je interroger?

La présidente : Tout ce que je peux dire, sénateur Cools, c'est que nous sommes vraiment contents de vous avoir au sein de ce comité, et j'espère que vous pourrez nous aider dans nos travaux.

À la session précédente, nous avions le sénateur Murray, qui n'a pu rester. Par conséquent, il y avait un poste vacant et, personnellement, j'ai cru que vous feriez une excellente remplaçante.

Le sénateur Cools : Une chose, c'est de faire partie d'un comité, et l'autre, totalement différente, c'est de consulter un sénateur pour savoir s'il est disponible. Je pense que la plupart des sénateurs ici présents savent que je suis une personne occupée et que j'ai un horaire très chargé.

La véritable question est de savoir qui m'a choisie et qui m'a recommandée? Je n'ai pas examiné le contenu des délibérations du comité de sélection, mais qui a proposé mon nom?

La présidente : J'étais à cette séance, étant donné que je siège au comité de sélection. J'ai proposé les noms des sénateurs Cordy, Mercer, Chaput et le mien, et le sénateur Stratton a proposé le sénateur Keon ainsi que vous-même.

Le sénateur Cools : Donc, la personne qui pourrait me répondre est le sénateur Stratton. Il doit certainement savoir pourquoi il a proposé mon nom et qu'il n'en a pas discuté préalablement avec moi.

Le sénateur Stratton : Je vous invite, une fois encore, à vous adresser au président du comité de sélection. Je ne répondrai pas à cette question.

Le sénateur Cools : J'aimerais vous dire, chers collègues, que je trouve cette réponse inacceptable. Si quelqu'un décide de proposer une motion devant un comité dans laquelle figure mon nom, j'aimerais quand même le savoir; et la moindre des choses, c'est qu'on m'en parle avant. Pour ce qui est de l'appel téléphonique de Maria Entwistle, je vous rappelle que je n'ai pas parlé directement avec cette personne et que j'ai reçu le message après le fait.

J'aimerais dire que je trouve cette manière de procéder désolante. C'est beaucoup de choses à la fois; c'est irréfléchi, mais c'est surtout regrettable dans les circonstances. Je crois sincèrement que les sénateurs ont le droit constitutionnel d'être consultés directement et d'exprimer leurs préférences. Je trouve,

honourable senators that that is the best course of proceeding and a far better way of proceeding than this. I have great difficulty with high-handed tactics. Thank you.

The Chair: Thank you for your intervention, Senator Cools.

I will now recommend, honourable senators, that we go in camera in order to spend a few minutes discussing the future business of the company. Is that agreed?

Hon. Senators: Agreed.

The committee continued in camera.

OTTAWA, Monday, November 26, 2007

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:39 p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

[English]

Senator Sharon Carstairs (*Chair*) in the chair.

The Chair: Good afternoon. Welcome to this meeting of the Special Senate Committee on Aging. This committee is examining the implications of an aging society in Canada. Today's meeting will focus on the federal government's role regarding our aging population.

To help us understand the issues surrounding this topic, we have before us officials from Human Resources and Social Development Canada, Shawn Tupper, the Director General of Social Policy Development; and Dominique La Salle, Director General of Seniors and Pensions Policy Secretariat. Welcome to the Senate of Canada.

We will begin our opening remarks and then move to questions from the committee. My understanding is that two of our members have been held up due to a plane but should join us shortly.

Dominique La Salle, Director General, Seniors and Pensions Policy Secretariat, Human Resources and Social Development Canada: Good afternoon and thank you for having us.

[Translation]

My colleague and I are honoured to be here with you today.

[English]

We would like to speak to a number of issues related to aging and the role of Human Resources and Social Development Canada, HRSDC.

As you well know, the issue that affects the lives of seniors cut across boundaries and they are not the sole responsibility of any one department or, indeed, any one level of government.

honorable sénateurs, que ce serait une façon de procéder bien meilleure que celle qui a été appliquée, et sachez que je réproouve grandement les tactiques autoritaires. Merci.

La présidente : Je vous remercie pour votre intervention, sénateur Cools.

Honorables sénateurs, si vous le voulez bien, nous allons poursuivre nos travaux à huis clos pendant quelques minutes pour examiner les travaux futurs du comité. Est-ce que cela vous convient?

Des voix : Oui.

La comité poursuit ses travaux à huis clos.

OTTAWA, le lundi 26 novembre 2007

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 39, pour examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et en faire rapport.

[Traduction]

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

La présidente : Bonjour. Bienvenue à cette réunion du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, qui a pour mandat de se pencher sur les répercussions du vieillissement de la population canadienne. La réunion d'aujourd'hui portera principalement sur le rôle du gouvernement fédéral à l'égard de notre population vieillissante.

Pour nous aider à mieux comprendre les questions se rapportant à ce thème, nous avons invité des représentants de Ressources humaines et Développement social Canada, soit M. Shawn Tupper, directeur général de Développement de la politique sociale, et M. Dominique La Salle, directeur général du Secrétariat des politiques sur les aînés et les pensions. Bienvenue dans l'enceinte du Sénat du Canada.

Nous entendrons d'abord les déclarations préliminaires, puis nous passerons aux questions des membres du comité. Je crois comprendre que deux de nos membres ont été retenus en raison d'un retard dans leur vol, mais ils devraient arriver sous peu.

Dominique La Salle, directeur général, Secrétariat des politiques sur les aînés et les pensions, Ressources humaines et Développement social Canada : Bonjour, et merci de nous accueillir.

[Français]

C'est un honneur pour moi et mon collègue d'être parmi vous aujourd'hui.

[Traduction]

Nous aimerions aborder certains aspects de la question du vieillissement et le rôle de Ressources humaines et Développement social Canada, ou RHDSC.

Comme vous le savez, les problèmes qui affectent la vie des personnes âgées ne connaissent pas de frontières et ne relèvent pas uniquement d'un seul ministère, ou même, d'un seul ordre de

In this respect, HRSDC plays two roles, one to coordinate horizontally, and the other to administer programs and policies within its mandate.

HRSDC provides support for horizontal coordination on issues related to seniors within the federal government. This support is provided primarily through the Interdepartmental Committee on Seniors, which allows for the exchange of information and discussions on proposed initiatives to address seniors issues.

We must also work across other levels of government. On virtually every issue that concerns seniors, be it health care, housing, safe communities and homes or societal attitudes toward aging, the federal, provincial and territorial governments share responsibilities for policies, programs and services that affect the overall well-being of Canada's older citizens.

For more than two decades, federal, provincial and territorial ministers responsible for seniors have come together periodically to share information and perspectives and to collaborate on research projects and other initiatives with a shared goal of improving the lives of seniors. This group, the forum for Federal-Provincial-Territorial Ministers Responsible for Seniors, co-chaired by the Secretary of State for Seniors, will meet in Saskatoon later this week. It is the tenth such meeting since 1992. The forum has held meetings every year since 2005 and now meets on a regular annual basis.

There is also a need for collaborative work on the international front. The best example is that Canada is signatory of the 2002 Madrid International Plan of Action on Ageing. In 2007, HRSDC coordinated the preparation of an update, which I will speak about in a moment.

The other role of the department, as I have mentioned, is with respect to our own programs and policies. Key among these roles is managing Canada's \$56-billion statutory pension programs, including the Canada Pension Plan, Old Age Security and the Guaranteed Income Supplement.

Work that also affects seniors is our work with persons with disabilities, the homeless, children and family, the labour market and support for the voluntary sector. HRSDC also pursues a robust social policy research agenda, supports such endeavours as the Expert Panel on Older Workers and provides support for the National Seniors Council, which reports to the ministers of HRSD, the Minister of Health and the Secretary of State for Seniors.

Let me now turn to the specific materials that are of interest to your committee. As I noted earlier, the United Nations Second World Assembly on Ageing in Madrid resulted in an International Plan of Action on Ageing. This plan aims to ensure that people are able to age with security and dignity,

gouvernement. À cet égard, RHDSC joue un double rôle : d'une part, assurer la coordination sur le plan horizontal, et d'autre part, administrer les programmes et les politiques qui font partie de son mandat.

RHDSC veille à la coordination horizontale de questions liées aux aînés au sein du gouvernement fédéral, et ce, d'abord et avant tout, par le biais du Comité interministériel sur les aînés, qui permet d'échanger de l'information et de débattre des initiatives proposées en vue de nous attaquer aux difficultés que rencontrent les aînés.

Nous devons également travailler avec d'autres ordres de gouvernement. Dans pratiquement tous les dossiers touchant les personnes âgées, qu'on parle de soins de santé, de logement, de sécurité ou d'hébergement ou encore de l'attitude de la société envers les aînés, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux se partagent la responsabilité de politiques, de programmes et de services qui touchent le bien-être global des personnes âgées au Canada.

Depuis plus de vingt ans, les ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux responsables de la question se rencontrent périodiquement pour partager leurs informations et leurs vues, et collaborer à des projets de recherche et autres initiatives dans le but commun d'améliorer le sort des gens âgés. Ce groupe, le forum des ministres fédéral-provinciaux-territoriaux responsables des aînés, coprésidé par la secrétaire d'État aux Aînés, se réunira à Saskatoon dans quelques jours. Il s'agit de la dixième rencontre depuis 1992. Le groupe s'est réuni tous les ans depuis 2005, et continue de le faire.

Il est également nécessaire de mettre nos efforts en commun sur le plan international. La signature, par le Canada, du Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement de 2002, en fournit le meilleur exemple. En 2007, RHDSC a coordonné la préparation d'une mise à jour, dont je parlerai dans quelques instants.

Le second aspect du rôle du ministère, comme je l'ai déjà mentionné, concerne nos propres politiques et programmes. À cet égard, la gestion des programmes de retraite, comme le Régime de pensions du Canada, la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti, jouent un rôle primordial.

Nos interventions auprès des personnes handicapées, des sans-abri, des enfants et de leurs familles, sur le marché de l'emploi et à l'appui des organismes bénévoles, touchent aussi les personnes âgées. RHDSC poursuit également d'ambitieux objectifs de recherche en matière de politiques sociales, appuie des initiatives comme celle du Groupe d'experts sur les travailleurs âgés et apporte son soutien au Conseil national des aînés, qui relève des ministres de RHDS, du ministre de la Santé et de la secrétaire d'État aux Aînés.

Permettez-moi maintenant d'aborder les questions spécifiques qui présentent un intérêt pour votre comité. Comme je l'indiquais précédemment, la Deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement tenue par les Nations Unies à Madrid s'est conclue par l'adoption d'un plan d'action international sur le

and they can continue to participate in their society as citizens with full rights.

The recommendations contained in the action plan relate to three priority directions: Older persons and development, advancing health and well-being into old age and ensuring enabling and supportive environments. Canada fully supports the plan's objectives.

In February of this year, on behalf of the Government of Canada, HRSDC prepared a report entitled *Addressing the Challenges and Opportunities of Ageing*, which you have copies of. It outlines the substantial efforts made in the last few years to prepare for an aging population. It was a report on progress achieved in moving ahead the implementation of the Madrid action plan.

You know about most of these initiatives, but let me talk about a few. With respect to the retirement income system, we have acted through Bill C-36. We have increased the GIS by \$2.7 billion over five years, as well as introduced a number of tax measures.

To increase participation, we have enabled phased retirement for a defined benefit plan — I say “we” in a general sense; it is the Minister of Finance, et cetera — and launched the Expert Panel on Older Workers, which we will discuss later. At the community level, we have the New Horizons for Seniors program.

With respect to healthy and active aging, we have initiatives on fall prevention, disabilities, emergency response, elder abuse, housing, Employment Insurance compassionate care provisions and work on age-friendly communities.

With respect to the research and knowledge front, there is the CIHR Canadian Institute on Aging, a research program within HRSDC and, of course, the work of this committee, the Special Senate Committee on Aging.

In 2005, federal, provincial and territorial ministers responsible for seniors drew on their past work and on the Madrid framework to produce a document entitled *Planning for Canada's Aging Population: A Framework*. You also have this document.

While it is not prescriptive, the document provides a useful lens with which to guide the work of jurisdictions in their own right and within their own priorities in developing policies and programs, and it underscores the need to focus on the three broad pillars of health, wellness and security: continuous learning; work and participation in society; and, finally, support and caring in the community.

vieillessement. Ce plan vise à faire en sorte que les gens puissent vieillir dans la sécurité et dans la dignité, et puissent continuer à jouer un rôle dans la société en tant que citoyens jouissant de leurs pleins droits.

Les recommandations présentées dans le plan d'action se divisent en trois grandes orientations prioritaires : les personnes âgées et le développement, l'amélioration de la santé et du bien-être chez les personnes âgées, et la garantie d'environnements favorables. Le Canada appuie intégralement ces objectifs.

En février dernier, au nom du gouvernement du Canada, RHDSO a préparé un rapport intitulé *Relever les défis et saisir les occasions du vieillissement au Canada*, dont vous avez une copie. Ce rapport souligne les efforts considérables déployés dans les dernières années pour se préparer au vieillissement de la population. Il porte sur ce que nous avons accompli pour mettre en œuvre le Plan d'action de Madrid.

Vous êtes déjà au courant de la plupart des initiatives en question, mais j'aimerais vous parler de certaines d'entre elles. En ce qui concerne le système de revenu de retraite, nous avons pu prendre des mesures grâce au projet de loi C-36. Nous avons augmenté le SRG de 2,7 milliards de dollars en cinq ans, en plus d'introduire un certain nombre de mesures fiscales.

Afin d'augmenter la participation, nous avons rendu possible la retraite progressive pour un régime à prestations déterminées en particulier — je dis « nous » dans un sens large, puisque cela comprend le ministre des Finances, et cetera — et nous avons mis sur pied le Groupe d'experts sur les travailleurs âgés, dont nous discuterons plus tard. Au niveau communautaire, il y a le programme Nouveaux horizons pour les aînés.

Pour favoriser un vieillissement sain et actif, nous avons lancé des initiatives concernant la prévention des chutes, les incapacités, les interventions d'urgence, les mauvais traitements envers les personnes âgées et le logement, nous avons pris des mesures relativement aux prestations de soignant de l'assurance-emploi, et des efforts sont également déployés pour amener les collectivités à être accueillantes pour tous les âges.

Sur le plan des recherches et des connaissances, il vaut la peine de mentionner l'Institut du vieillissement des IRSC, un programme de recherche de RHDSO, et, bien sûr, ce comité, le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement.

En 2005, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables du dossier des personnes âgées se sont basés sur le Plan d'action de Madrid et ont tous mis à contribution leur expérience passée pour produire un document intitulé *Planification en vue du vieillissement de la population canadienne : un cadre*. Vous avez également ce document en main.

Même s'il ne comprend pas de dispositions prescriptives, ce document donne une bonne vue d'ensemble du dossier, ce qui aide les gouvernements à orienter leur travail en matière de politiques et de programmes, selon leurs priorités. Le document souligne également l'importance de concentrer nos efforts sur les trois grands piliers de la santé, du bien-être et de la sécurité : l'apprentissage continu, le travail et la participation au sein de la société, et, enfin, le soutien et les soins dans les collectivités.

This planning framework allows jurisdictions to work in a coherent way and to develop strategies and tools that respond to the needs of current and future seniors in Canada.

Since releasing this document, the federal-provincial-territorial ministers have undertaken a number of important initiatives. Among them, they have commissioned and released reports that help promote active and healthy aging and help to understand and prevent social isolation among seniors. They have developed a guide for rural and remote communities that will soon be made available to communities across the country to help them become more age-friendly. They have also jointly developed material to promote World Elder Abuse Awareness Day on June 15, 2006 and 2007.

Recently, federal-provincial-territorial ministers sponsored a working forum held in Vancouver that brought together experts, front-line workers and stakeholders from all regions on the issue of elder abuse, which generated ideas for action. Ministers will consider these other opportunities for collaborative work to benefit seniors at their upcoming meeting.

One important area of interest for both levels of government is addressing the challenges faced by displaced older workers. The establishment in January of this year of the Expert Panel on Older Workers, chaired by retired senator, the Honourable Erminie Cohen, was, as you are aware, the federal government's response to this issue.

The panel's mandate is to look at potential measures to help older workers, including training and income support, such as early retirement benefits. In March, the panel issued a discussion paper to provide background in context to help stakeholders in discussions. The panel then undertook extensive consultation with the provinces and territories, as well as employers, labour groups, the academic community and other stakeholders. The members also received testimony from OECD representatives to make sure that their recommendations took into consideration the best international evidence. The panel is now developing their final report and recommendations and expect to submit those to the Minister of Human Resources and Social Development at the end of December.

In conclusion, meeting the challenges and opportunities of an aging population is becoming embedded as a key public policy consideration in the development of programs and policies within the federal government and other jurisdictions.

Ce cadre de planification permet aux gouvernements de travailler de façon cohérente et d'élaborer des stratégies et des outils qui répondent aux besoins des personnes âgées d'aujourd'hui et de demain au Canada.

Depuis la publication de ce document, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux ont pris un grand nombre de mesures importantes. Entre autres, ils ont fait préparer des rapports servant à promouvoir un vieillissement actif et sain et à comprendre et à prévenir le phénomène de l'isolement social chez les personnes âgées. Ils ont également préparé un guide destiné aux collectivités rurales éloignées, qui deviendra bientôt accessible à l'ensemble des collectivités au pays afin de les aider à devenir plus accueillantes pour les personnes âgées, et ils ont conjointement produit du matériel publicitaire pour faire la promotion de la Journée mondiale de sensibilisation pour contrer les abus envers les aînés, les 15 juin 2006 et 2007.

Dernièrement, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux ont parrainé un forum de discussion, tenu à Vancouver, auquel ont participé des experts, des travailleurs de première ligne et des intervenants de toutes les régions du Canada qui se sont penchés sur la question des mauvais traitements envers les personnes âgées. Diverses propositions de mesures pouvant être prises à ce sujet sont ressorties de ce forum. À l'occasion de leur prochaine rencontre, les ministres examineront ces possibilités de travail collectif dans l'intérêt des personnes âgées.

La question des difficultés que rencontrent les travailleurs âgés licenciés constitue un domaine d'intérêt important pour les deux ordres de gouvernement. En janvier dernier, comme vous le savez, le gouvernement fédéral a mis sur pied le Groupe d'experts sur les travailleurs âgés, présidé par l'honorable Erminie Cohen, sénateur à la retraite, pour que cette question soit examinée.

Le mandat de ce groupe d'experts est de trouver des mesures pouvant être prises pour aider les travailleurs âgés, notamment en ce qui concerne la formation et le soutien du revenu, comme les prestations de retraite anticipée. En mars, le groupe a publié un document de travail pour fournir une base de connaissances sur le sujet afin d'aider les intervenants dans leur travail. Le groupe s'est ensuite engagé dans de vastes consultations avec les provinces et les territoires, et avec des employeurs, des organisations de travailleurs, des représentants du milieu universitaire ainsi que divers intervenants. Les membres du groupe ont également recueilli le témoignage de représentants de l'OCDE pour s'assurer que leurs recommandations tenaient compte de données internationales de la plus grande qualité possible. Le Groupe d'expert sur les travailleurs âgés prépare actuellement son rapport final et ses recommandations, et compte les soumettre au ministre des Ressources humaines et du Développement social à la fin du mois de décembre.

Je termine en vous disant que les défis et les possibilités que présente une population vieillissante deviennent une considération importante dans l'élaboration de programmes et de politiques au sein du gouvernement fédéral et provinciaux.

[Translation]

My colleague Mr. Tupper and I would be happy to answer any questions that you may have.

[English]

The Chair: We have heard testimony to the effect that the Canada Pension Plan is not equitably distributed, that those who collect early, at the age of 60, do so at a penalty, and those who collect late, at the age of 70, receive a benefit, and that while the penalty may be actuarially sound, the benefit is not actuarially sound.

Has that situation been examined by the department for any potential future changes?

Mr. La Salle: That question is an interesting one. You are referring to the adjustment factor. The full pension is available at age 65. Canadians have an option of retiring earlier than that age with a reduction in the pension they would receive at age 65. The reduction is 6 per cent per year. If you retire at age 60, you receive 30 per cent less than you would at age 65. Conversely, if you retire after age 65 and up to age 70, you receive an extra 6 per cent per year, up to 30 per cent.

The Chief Actuary of Canada, who poses independent judgment on the financial state of the plan, has determined that the adjustment factor was a little over-generous for those who retire before age 65 and not generous enough for those who retire after age 65. He quantified that difference and he estimates that in 2025, I believe it is, the discrepancy would be in the order of magnitude of about \$1 billion a year.

That discrepancy translates into an incentive to take a pension earlier and a disincentive to take it later. The numbers look big on an aggregate basis, but for individual pension recipients, the amounts are not huge.

Nevertheless, the question warrants examination. In the context of the CPP triennial review, such issues are discussed. The CPP plan is co-managed by the federal and provincial governments. Any changes that have a cost attached must be ratified by two thirds of the provinces with two thirds of the population, which ensures that a big program like that does not turn on a dime.

The plan is predicated on a couple of principles. First, any new changes must be fully funded, and there is a set contribution rate. The contribution rate is defined and has been examined over time by the Chief Actuary, and it is good for 75 years. Changing parameters such as the adjustment factor probably would have a resulting collateral impact. It would be examined in that context as part of a triennial review, and decisions would be made.

The Chair: When is the next triennial review?

[Français]

Mon collègue, M. Tupper, et moi sommes tout à fait heureux de répondre à quelque question que vous ayez.

[Traduction]

La présidente : Nous avons entendu un témoignage selon lequel le Régime de pensions du Canada n'est pas équitable pour tous : ceux qui touchent leur pension plus tôt, à l'âge de 60 ans, sont pénalisés et ceux qui la touchent plus tard, à l'âge de 70 ans, sont avantagés. La pénalité est peut-être bien conforme aux principes actuariels, mais l'avantage, lui, ne l'est pas.

Est-ce que le ministère a examiné cette situation et la possibilité d'y apporter des modifications?

M. La Salle : C'est une question intéressante. Vous parlez du facteur de rajustement. Une personne peut toucher sa pension complète à 65 ans. Les Canadiens ont la possibilité de prendre leur retraite avant d'avoir atteint cet âge, mais le montant de la pension est moins élevé que ce qu'ils recevraient à 65 ans. La réduction est de 6 p. 100 par année. Si vous prenez votre retraite à 60 ans, vous touchez 30 p. 100 de moins que ce à quoi vous auriez droit à 65 ans. À l'inverse, si vous prenez votre retraite entre 65 et 70 ans, vous recevez 6 p. 100 de plus par année, pour un maximum de 30 p. 100.

L'actuaire en chef du Canada, qui évalue de façon indépendante l'état financier du régime, a déterminé que le facteur de rajustement était un peu trop avantageux pour ceux qui prennent leur retraite avant 65 ans et pas assez pour ceux qui la prennent après 65 ans. Il a quantifié cette différence et estime qu'en 2025, si je me rappelle bien, cet écart serait de l'ordre de près d'un milliard de dollars par année.

Concrètement parlant, cet écart incite les gens à profiter de leur pension plus tôt et les dissuade d'attendre avant de prendre leur retraite. Le montant total a l'air énorme, mais individuellement, pour chaque personne, le montant n'est pas extrêmement élevé.

Malgré tout, cette question mérite d'être examinée. On se penche sur ce genre de questions dans le contexte de l'examen triennal du RPC. Le régime est géré conjointement par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux. Toutes les modifications qui entraînent des coûts doivent être ratifiées par les deux tiers des provinces représentant les deux tiers de la population, ce qui évite les bouleversements inutiles dans un programme d'envergure comme celui-là.

Le régime repose sur certains principes. D'abord, toute nouvelle modification doit être financée en totalité, et il y a un taux de cotisation établi. Le taux de cotisation est défini et a été examiné au fil des ans par l'actuaire en chef, qui a déterminé qu'il peut être utilisé pendant 75 ans. Le fait de changer des paramètres tels que le facteur de rajustement entraînerait sans doute des conséquences indirectes. Il faudrait examiner le changement proposé dans ce contexte au cours d'un examen triennal, puis prendre des décisions.

La présidente : Quand aura lieu le prochain examen triennal?

Mr. La Salle: We are beginning that process. It was launched with the release of the Chief Actuary's report, which was either at the end of October or the beginning of November. At the end of the last triennial review, finance ministers, who are the custodians of the CPP, indicated that they wanted the next triennial review — the one beginning now — to examine rigidities that may exist that would prevent full choice in career paths or transition from work to retirement, with a view to encouraging increased labour participation.

The Chair: That view is exactly where your committee is coming from as well, because the issue of more and more seniors wanting to work beyond the age of 65 is uppermost in our minds. We do not believe that anyone should be forced to work beyond that age, but if they do work, we think they should be compensated adequately, not only by the salaries they earn in the period between ages 65 and 70, but also by the pension they receive at the end of that time. That is where your committee is coming from with respect to that issue.

When do you anticipate that this triennial review will be completed?

Mr. La Salle: It is a federal-provincial process that will be completed in 2009. Typically, the first year is spent doing research, agreeing on an agenda of what is doable and what requires more work. The second year is spent obtaining approvals on particular options and making decisions. The third year is implementation. I believe that is how it goes.

The Chair: You said that the report of former Senator Erminie Cohen's Expert Panel was due to the minister later in December. Will that panel's report, which was requested by the government, be released, or is it only for advice to the Government of Canada?

Shawn Tupper, Director General, Social Policy Development, Human Resources and Social Development Canada: We do not know yet what the release plan is. The committee works independently from the department, so we must wait and see until they are prepared to put out the report.

The Chair: Have you released a final update on the Madrid International Plan of Action on Ageing? I know you have been working on it, and the last time you appeared here my understanding was that there would be a final update sometime in 2007.

Mr. La Salle: The update is the one you have, which was submitted by our ambassador to the UN committee. The goal of the UN commission is to have countries voluntarily provide reports every five years.

The due date is 2008, and we submitted this update, I believe, in February 2007.

M. La Salle : Nous commençons le processus d'examen, qui a été enclenché avec la publication du rapport de l'actuaire en chef à la fin d'octobre ou au début de novembre. À la fin du dernier examen triennal, les ministres des Finances, qui sont les responsables du RPC, ont indiqué qu'ils voulaient qu'au prochain examen triennal — celui qui vient de commencer —, on se penche sur le manque de souplesse qui pourrait exister dans le régime et qui empêcherait les gens de faire librement des choix concernant leur carrière ou le passage à la retraite, en cherchant des moyens qui permettent d'augmenter le nombre de travailleurs.

La présidente : Cela fait partie des considérations du comité. À nos yeux, le nombre grandissant d'ainés qui souhaitent travailler au-delà de 65 ans est une question capitale. Selon nous, personne ne devrait être obligé de travailler au-delà de cet âge, mais si certains décident de le faire, ils devraient recevoir une compensation appropriée, qui ne se reflète pas seulement dans les salaires qu'ils gagnent de 65 à 70 ans, mais aussi dans le montant des pensions qu'ils touchent à la fin de cette période. C'est la position du comité sur cette question.

Quand prévoyez-vous que l'examen triennal sera terminé?

M. La Salle : Il s'agit d'un processus fédéral-provincial qui sera terminé en 2009. Habituellement, la première année est consacrée à la recherche et à l'adoption d'un programme qui établit ce qui est faisable et ce qui exige plus de travail. La deuxième année est consacrée à l'obtention d'autorisations pour des options particulières et à la prise de décisions. La mise en œuvre se fait au cours de la troisième année. Je crois que c'est comme ça que ça se déroule.

La présidente : Vous avez dit que le rapport du Groupe d'experts de l'ancienne sénatrice Erminie Cohen devait être remis au ministre au mois de décembre. Ce rapport, qui a été commandé par le gouvernement, sera-t-il publié ou s'agira-t-il uniquement d'un document fourni au gouvernement du Canada aux fins de consultation?

Shawn Tupper, directeur général, Développement de la politique sociale, Ressources humaines et Développement des compétences Canada : Nous ne connaissons pas encore le plan de diffusion. Le travail du comité est indépendant de celui du ministère. Nous devons donc attendre qu'il soit prêt à rendre public son rapport.

La présidente : Avez-vous publié une mise à jour finale du Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement? Je sais que vous y travailliez, et la dernière fois que vous avez comparu, j'ai compris qu'une dernière mise à jour serait publiée au cours de l'année 2007.

M. La Salle : Le document que vous avez en main est cette mise à jour, qui a été présentée par notre ambassadeur au comité des Nations Unies. Le but visé par la Commission des Nations Unies est que des pays présentent volontairement des rapports quinquennaux.

L'échéance est 2008, et nous avons présenté cette mise à jour, je crois, en février 2007.

The Chair: You mentioned the adjustment benefit on the CPP. When the Chief Actuary reported, he indicated that we were stable. It was interesting because when I was the minister responsible for representing seniors — we did not have a minister for seniors at that point — I was the person who went to Madrid. One interesting debate that took place was the reflection on Canada's changes to the Canada Pension Plan. Particularly, many European countries were amazed that we had moved forward and made the adjustments necessary to make our CPP viable. You say the actuarial reports state it is viable for 75 years, which in actuarial sense is a long time.

Have you undertaken any kind of analysis to indicate how out of whack it might be actuarially if we were to give a greater benefit to those who had waited until age 70 to collect?

Mr. La Salle: I am not personally aware of that work. Actuarial work is not a pure and exact science. The actuaries must make a certain number of assumptions. They make assumptions in terms of take-up. Most Canadians take their pension before 65, but that trend can shift. It varies from region to region as well. There are a certain number of assumptions. The model is a multi-parameter one. I cannot speak for the actuary.

The Chair: You made an interesting statement. You said that most people begin their payments before 65?

Mr. La Salle: Yes: Most Canadians start collecting their CPP before the age of 65. The numbers I think are in the order — is it 70 per cent before 65? We are not sure, but I can provide the committee some numbers.

The Chair: Could you send me that information, because that is not the information we have. I thought the majority took their benefit at 65, a large group at ages 60 to 64 and a small group at age 70. I would appreciate those exact figures.

Mr. La Salle: Absolutely.

[Translation]

Senator Chaput: My first question ties in with the one put by the Chair.

Often, seniors want to continue working to make ends meet at the end of the month. Perhaps they are having trouble getting by. In such cases, do you look at ways of preventing this individual from being penalized? It may be beneficial from a health standpoint for a senior to continue working. Is an analysis of some kind done to consider what will happen to the income earned? Should this be taken into consideration?

Mr. La Salle: The Canada Pension Plan system includes something we call the work cessation test. In order to begin receiving CPP benefits, a person must stop working for a period

La présidente : Vous avez parlé du rajustement des prestations du RPC. Quand l'actuaire en chef a présenté son rapport, il a indiqué que notre régime était stable. C'est intéressant parce que, lorsque je devais représenter les aînés dans le cadre de mes fonctions de ministre — à l'époque, il n'y avait pas encore de ministre responsable des Aînés — c'est moi qui suis allée à Madrid. Un des débats intéressants qui a eu lieu portait sur les changements apportés par le Canada à son régime de pensions. De nombreux pays européens étaient particulièrement impressionnés que nous étions allés de l'avant et avons apporté les changements requis pour assurer la viabilité du RPC. Vous dites que les rapports actuariels précisent que le RPC sera viable pendant 75 ans, ce qui est très long du point de vue actuariel.

Avez-vous fait des analyses pour déterminer quel pourrait être le bouleversement au sens actuariel si nous devons verser des prestations supérieures aux personnes qui attendent d'avoir 70 ans pour toucher leur pension?

M. La Salle : Je n'ai personnellement connaissance d'aucune étude sur cette question. L'actuariat n'est pas une science exacte. Les actuaires doivent se fonder sur un certain nombre d'hypothèses. Ils formulent des hypothèses sur l'âge moyen du départ à la retraite. La majorité des Canadiens prennent leur retraite avant 65 ans, mais cette tendance pourrait changer. Elle varie également d'une région à l'autre. On formule un certain nombre d'hypothèses. Il s'agit d'un modèle multiparamétrique. Je ne peux me prononcer à la place de l'actuaire.

La présidente : Vous avez fait une déclaration intéressante. Vous avez dit que la majorité des gens commencent à toucher leur pension avant 65 ans?

M. La Salle : Oui. La majorité des Canadiens commencent à toucher leur pension du RPC avant l'âge de 65 ans. Je crois que la proportion est de l'ordre de... est-ce que c'est 70 p. 100 avant 65 ans? Nous n'en sommes pas certains, mais je peux fournir au comité des chiffres à ce sujet.

La présidente : Pourriez-vous me faire parvenir cette information, parce qu'elle ne correspond pas à ce que nous avons. Je croyais que la majorité des Canadiens touchaient leur pension à 65 ans, un nombre important entre 60 et 64 ans, et un petit nombre à 70 ans. J'aimerais obtenir les chiffres exacts.

M. La Salle : Certainement.

[Français]

Le sénateur Chaput : Ma première question est complémentaire à celle de madame la présidente.

Souvent, un aîné veut continuer à travailler pour arrondir ses fins de mois. Peut-être a-t-il un peu de difficulté à y arriver. À ce moment, essayez-vous de voir comment cette personne peut ne pas être pénalisée? C'est bénéfique pour elle, pour sa santé de demeurer sur le marché du travail. Est-ce qu'une analyse est faite pour s'assurer que ce qu'elle va gagner lui sera enlevé? Doit-on considérer cela?

M. La Salle : Dans le Régime des rentes du Canada, il y a ce qu'on appelle en anglais, le « work cessation test ». Pour commencer à recevoir votre pension du régime des rentes, vous

of two months, after which he can resume working and start collecting CPP benefits. However, if a person continues to work and to earn an income, he will no longer be paying CPP premiums. That is how the system works at the present.

We cannot say if this situation is fully adapted to the kind of society we have today, where people might want to continue working, either because they are interested in doing so, or because they want to work part time and begin drawing a portion of their pension. These are relevant and complex questions. However, often the problem is evaluating how the program affects people's behaviour. Will the flexibility of the program encourage people to stop working at an earlier age or, on the contrary, will it keep them in the work force longer so that they can take advantage of this flexibility? Unfortunately, I do not have an answer to your question.

Senator Chaput: However, will an analysis be done of this phenomenon? Seniors who stay in the workforce to keep themselves busy and to maintain a sense of purpose in their lives are happier individuals. I am less concerned about these individuals than I am about the ones who need to work to make ends meet. Many seniors fall into that category.

Is your department working, among other things, to identify and assess the future needs of seniors? Is any work being done on that front?

[English]

Mr. Tupper: In part, picking up on what we understand today in terms of where people sit and the choices they make when they retire and when they take their benefits, we are starting to understand only now the transitions and choices that people make. We have an active research program right now that is investigating that transition, trying to understand the trends that have gotten us to this point and trying to do some predictions for the future.

[Translation]

Senator Chaput: At that point, the annual income of individuals who are truly in need could be a factor to be taken into consideration?

Mr. Tupper: Absolutely.

Senator Chaput: Over the weekend, I attended the annual meeting of the Fédération des aînés francophones du Canada. One issue that was discussed was seniors in Canada who still do not receive the Guaranteed Income Supplement, either because they live in very remote regions and do not have access to it, or because they are simply unaware that they qualify or do not know how to apply. Or it could simply be that their name does not appear on the list. Are you aware that there are still many

devez arrêter de travailler pendant une période de deux mois. Après cette période, vous pouvez recommencer à travailler et commencer à recevoir votre bénéfice à ce moment-là. Toutefois, si vous continuez à travailler, vous recevez votre revenu de salaire, vous ne payez plus de cotisations au régime. C'est la situation telle qu'elle existe actuellement.

Nous ne savons pas si cette situation est totalement adaptée au genre de société dans laquelle nous vivons maintenant, où les gens voudraient peut-être continuer à participer au marché du travail parce qu'ils sont intéressés ou parce qu'ils veulent travailler à mi-temps et commencer à recevoir une partie de leur pension. Ce sont des questions pertinentes et complexes mais le problème est souvent d'évaluer les effets comportementaux. Est-ce que la flexibilité du programme encouragera les gens à arrêter de travailler plus tôt ou, au contraire, est-ce que cela les gardera plus longtemps sur le marché du travail afin de profiter de la flexibilité? Je ne crois malheureusement pas que cela réponde à votre question.

Le sénateur Chaput : Mais est-ce que le phénomène sera analysé? Les aînés qui demeurent sur le marché du travail pour s'occuper, parce qu'ils veulent se sentir engagés, sont plus heureux. Ces gens me préoccupent moins que ceux qui sont vraiment obligés de travailler parce qu'ils ont de la difficulté à y arriver. Il y a beaucoup d'aînés dans cette catégorie.

Dans tout ce qui est fait dans votre ministère, y a-t-il un élément de recherche sur ce qui aurait besoin d'être identifié et considéré pour les besoins futurs des aînés? Est-ce qu'il y a une ouverture?

[Traduction]

M. Tupper : En partie, selon ce que nous comprenons aujourd'hui relativement à la situation des gens et aux choix qu'ils font quant au moment de prendre leur retraite et de commencer à toucher leur pension, nous commençons tout juste à comprendre la nature des transitions et des choix qu'ils font. Nous avons actuellement un programme de recherche pour étudier cette transition afin de comprendre les tendances qui nous ont amenés à la situation actuelle et de faire des prédictions pour l'avenir.

[Français]

Le sénateur Chaput : Et à ce moment-là, le revenu annuel de ceux qui en ont vraiment besoin pourrait être un facteur qui pourrait être considéré?

M. Tupper : Absolument.

Le sénateur Chaput : J'ai participé en fin de semaine à une réunion annuelle de la Fédération des aînés francophones du Canada. Il y a eu une discussion au sujet des aînés du Canada qui ne reçoivent pas encore le supplément garanti soit parce qu'ils habitent des régions très éloignées et qu'ils n'ont pas accès, soit qu'ils ne sont pas au courant, ne savent pas comment s'y prendre ou encore que leur nom ne figure pas sur la liste. Êtes-vous conscient qu'il y a encore beaucoup d'aînés au Canada qui

Canadian seniors who should be receiving the GIS and who are not, and that the vast majority of seniors who fall into this category live below the poverty line?

Mr. La Salle: You are quite right. Vulnerable population groups, such as aboriginals, immigrants who speak neither official language and the homeless are extremely difficult people to contact. It is impossible to get in touch with them simply by accessing on a computer a list of all those who pay taxes and who have a social insurance number. This is not to say that some efforts to contact them are not made. Since 2002, everyone who is 65 years of age is sent a letter encouraging him or her to apply. In the case of low-income earners who would likely qualify for the GIS, a completed form is mailed out. Service Canada officials estimate that 32,000 Canadians in fact applied for the GIS as a result of receiving this form, but these numbers are not good enough. The homeless and the most vulnerable population groups are not being reached. Over the past few years, we have launched several pilot projects. We work with municipalities like the City of Ottawa. Police officers who come in contact with the homeless ask them questions, such as whether they are 65 years of age. Efforts are being made on this front.

The same applies to first nations members. We organize workshops and working groups. A month or two ago, we organized one such event in British Columbia at which over twenty first nations were represented.

We need to devise innovative solutions and reach out to cultural communities and to associations representing new immigrants, for example, individuals who speak Chinese or Vietnamese. We need to find a way to reach out to these groups. Will we achieve a 100 per cent success rate? I can tell you right now that we will not. Some people pass away, others move, while still other are unwilling, for various reasons, to complete the tax forms. However, we are working hard to get the message across. And you are right; individuals most likely to qualify for the GIS are the ones who need it most.

Senator Chaput: What do you do if you happen to identify, through one of the measures you just mentioned, seniors who qualify for the GIS, but who have never filed a tax return? I have heard of cases like that.

Mr. La Salle: They must apply for the GIS. Income is one consideration, but to qualify for the GIS, a person must have lived in the country for the past ten years. We are devising ways of reaching these people. I would not want to speak for Service Canada, but I can say that they are developing different types of approaches. People can come in person to their offices, they can use the Internet, the telephone and so forth. However, they also use a different approach for dealing with different groups, for example, seniors, and focus on other ways of reaching out to them.

So then, there is still some work to be done. We want people to receive all of the benefits to which they are entitled.

devraient le recevoir et ne le reçoivent pas et qu'il semble que la grande majorité de ces aînés sont encore ceux qui vivent sous le seuil de la pauvreté?

M. La Salle : Vous avez tout à fait raison. Les populations vulnérables telles que les Autochtones, les immigrants qui ne parlent ni le français ni l'anglais, les sans-abris, sont des gens extrêmement difficiles à rejoindre. Ce n'est pas en pesant sur un bouton d'ordinateur contenant la liste de tous ceux qui paient des impôts et qui ont un numéro d'assurance sociale qu'on peut les rejoindre. Ces efforts sont faits. Depuis 2002, on envoie systématiquement des lettres à tous les gens qui ont 65 ans pour les inciter à faire application. Pour les gens qui ont un bas revenu, qui seraient susceptibles de recevoir le supplément de revenu garanti, on leur envoie un formulaire préalablement rempli. Les gens de Services Canada estiment que 32 000 Canadiens ont répondu à l'appel grâce à ce formulaire, mais ce n'est pas suffisant. Cela ne rejoint pas les sans-abris, les populations vulnérables. Depuis quelques années, on a commencé des projets pilotes, on travaille avec les villes, comme par exemple la ville d'Ottawa. Les policiers qui rencontrent des sans-abris leur posent certaines questions; ils leur demandent, par exemple, s'ils ont 65 ans. Il y a un travail qui se fait de ce côté.

Même chose avec les populations autochtones. On organise des ateliers, des groupes de travail. Il y en a eu un en Colombie-Britannique, il y a peut-être un mois ou deux. Plus d'une vingtaine de Premières nations y étaient présentes.

Il faut trouver des solutions innovatrices et rejoindre les gens des communautés culturelles, les associations qui représentent les nouveaux arrivants, par exemple ceux qui parleraient chinois ou vietnamien. Il faut aller rejoindre ces gens. Est-ce que nous aurons 100 p. 100 de pénétration? Je vous le dis tout de suite, la réponse est non. Il y a des gens qui décèdent, d'autres déménagent, d'autres ne veulent pas remplir de formulaires d'impôts, pour toutes sortes de raisons. Il y a des gens comme cela qui ne veulent pas nécessairement être rejoints. Mais il y a un gros effort à faire de ce côté. Et vous avez raison, les gens susceptibles de recevoir le supplément de revenu garanti en ont besoin.

Le sénateur Chaput : Que faites-vous si vous identifiez, par toutes les mesures que vous venez de mentionner, des personnes âgées qui pourraient recevoir le supplément, qui y ont droit, mais qui n'ont jamais rempli de rapport d'impôt? On dit que cela existe.

M. La Salle : Ils doivent faire une demande. La question du revenu est un élément, mais pour être qualifié au titre de ce bénéfice, il faut être résidant depuis dix ans. Donc on développe des approches. Je ne voudrais pas parler pour eux, mais je veux faire une petite présentation; Services Canada développe des approches segmentées. Ils ont des bureaux où les gens peuvent venir en personne; ils ont Internet, le téléphone et cetera. Mais aussi ils segmentent leur marché, comme par exemple les aînés, et se demandent comment on rejoint ces gens.

Donc il y a des choses à faire, mais on veut que les gens reçoivent tous les bénéfices auxquels ils ont droit.

[English]

The Chair: I know it was not done in the past, so it is not a critical question of the present or past government, but has there been any attempt to translate any of the application forms into various languages? A group representing the Inuit of Northern Canada raised this issue with us. The group said that if the person making the application is literate — and many are not — the person is literate in Inuktitut only. Have we attempted to translate the application forms?

Mr. La Salle: I would certainly hope so, but I do not know. I will get back to you, but I know that Service Canada has visited communities on a rotation basis. Certainly, that type of outreach activity is precisely what we must do to address some of the identified situations. I would be inclined to say yes, but I will have to get back to you.

Senator Keon: As you mentioned, when people turn 65 years, depending on their financial state, it can be a very confusing situation for many of them. I would like to lead you through a scenario.

Let us take a couple, both 65 years, neither of whom has a work-related pension. Collectively, they do not have a lot of money; let us say they have saved \$100,000 in their lives, so they do not have any sort of cash flow. Let us look at their predicament and see what they are eligible for and then I want to start asking you about different employment scenarios that will affect their income. In fact, people that I have encountered, for example, who work part time for me at the cottage are afraid to work because it will affect their pension. There must be a tremendous number of people in that position.

Let us go back to the couple with no income except the pension benefits. Starting with that base line, what are they eligible for?

Mr. La Salle: The assumption is that they have not contributed to the CPP. If they do not have CPP, at 65 years, like every other Canadian, they are eligible for Old Age Security. They are, obviously, in a situation of low income, and so they are eligible for the Guaranteed Income Supplement.

The GIS is reduced by \$1 for every two dollars of income, but there is a \$500 exemption. The first \$500 earned is exempt, and after that there is a reduction. The maximum payment of GIS is in the order of \$7,000, and that is not taxable. To reduce to zero, you would have to earn \$15,000 of income.

Senator Keon: Let me take you to another scenario. Take the same couple, but this time the couple has contributed to the Canada Pension Plan. Please tell me what they are eligible for, and how they will be affected by part-time or casual employment.

Roman Habtu, Manager, OAS Benefits Policy, Human Resources and Social Development Canada: A person receiving the Canada Pension Plan would have the GIS benefit reduced by

[Traduction]

La présidente : Je sais que cela n'a pas été fait dans le passé, alors ce n'est pas une critique à l'endroit du gouvernement actuel ou précédent, mais a-t-on essayé de traduire ces formulaires de demande dans différentes langues? Un groupe représentant les Inuits du Nord canadien nous a soumis cette question. Le groupe a indiqué que si la personne qui présente la demande sait lire et écrire — et beaucoup ne le savent pas — elle sait lire et écrire l'inuktitut seulement. A-t-on essayé de traduire les formulaires de demande?

M. La Salle : J'espère bien, mais je ne le sais pas. Je vais vous revenir là-dessus, mais je sais que du personnel de Services Canada s'est rendu dans des communautés, en visitant l'une après l'autre. Il va sans dire que ce type d'activité de sensibilisation est précisément ce que nous devons faire pour régler certaines des situations dont nous avons parlé. Je serais porté à dire oui, mais je vais vous en reparler.

Le sénateur Keon : Comme vous l'avez mentionné, quand les gens atteignent l'âge de 65 ans, selon l'état de leurs finances, la situation peut s'avérer très confuse pour beaucoup d'entre eux. J'aimerais examiner un scénario avec vous.

Prenons un couple; les deux individus ont 65 ans et ni l'un ni l'autre ne reçoit une pension liée à l'emploi. Ensemble, ils n'ont pas beaucoup d'argent; disons qu'ils ont économisé 100 000 \$ au cours de leur vie, donc ils ne disposent d'aucune entrée d'argent. Examinons leur situation difficile, voyons ce à quoi ils sont admissibles et ensuite je vais vous proposer divers scénarios d'emploi qui modifieront leur revenu. Je pense aussi à des gens que j'ai rencontrés, par exemple, qui travaillent pour moi à temps partiel au chalet, et qui ont peur de travailler en raison des incidences sur leur pension. Il doit y avoir un nombre considérable de gens dans cette situation.

Retournons au couple qui ne dispose d'aucun revenu à l'exception de la rente de retraite. À partir de cette information de base, à quoi ces individus sont-ils admissibles?

M. La Salle : On suppose qu'ils n'ont pas cotisé au RPC. S'ils ne bénéficient pas du RPC, à 65 ans, comme tous les autres Canadiens, ils sont admissibles au Programme de la sécurité de la vieillesse. Ils ont évidemment un faible revenu et ils sont donc admissibles au Supplément de revenu garanti.

Le SRG est réduit de un dollar pour chaque tranche de deux dollars de revenu, mais il y a une exemption de 500 \$. Les premiers 500 \$ gagnés sont exemptés, et par la suite la réduction s'applique. Le paiement maximum de SRG est de l'ordre de 7 000 \$, et il n'est pas imposable. Pour que ce paiement soit réduit à zéro, votre revenu doit être de 15 000 \$.

Le sénateur Keon : Examinons un autre scénario. Prenons le même couple, mais cette fois-ci les individus ont cotisé au Régime de pensions du Canada. Veuillez me dire ce à quoi ils sont admissibles et dans quelle mesure un emploi à temps partiel ou occasionnel aurait des incidences sur eux.

Roman Habtu, gestionnaire, Politique de prestation de la SV, Ressources humaines et Développement social Canada : Une personne qui bénéficie du Régime de pensions du Canada

\$1 for every \$2 of the Canada Pension Plan benefit. In that sense, as Mr. La Salle has indicated to you, any income that person receives, except for the \$500, which is exempted from earnings, is reduced by \$1 for every \$2 of other income.

Senator Keon: Let us say they are each drawing a Canada pension of \$10,000 a year, and they both want to do some part-time work. Let us say they each make \$10,000 a year in part-time work. How does that affect their overall income?

Ms. Habtu: That means each would have about \$20,000 from CPP as well as earnings. The threshold for a single person is \$15,000. That is, if your income is below \$15,000 you are then eligible for the Guaranteed Income Supplement. In this case, they would be looked at as a couple, but if we were to look at an individual, he or she would not be eligible for the Guaranteed Income Supplement because his or her income would be above the threshold.

Senator Keon: In other words, if each of them made \$7,500 a year in part-time work, it would cancel out their supplement?

Ms. Habtu: Are you indicating in addition to the Canada Pension Plan?

Senator Keon: Yes.

Ms. Habtu: Yes, that would absolutely do that. You are correct.

Mr. La Salle: Would it be useful if we were to run typical scenarios and provide them to the committee, such as typical scenarios at the margin?

The Chair: Yes, that would be extremely useful for us.

Mr. La Salle: I think we can provide you with these numbers. If there are other obvious scenarios, we would be happy to accommodate your request.

The Chair: I will turn to you, Mr. Tupper, but perhaps in anticipation of what you will say, there is a lot of confusion among the population, and not so much about the Guaranteed Income Supplement. I have had people say to me that if they earned a certain amount, they would have their CPP reduced. We know that the CPP cannot be reduced. CPP is what they have paid into and matched by an employer, and that payment is guaranteed.

There is confusion among seniors that they cannot afford to work because their Old Age Pension would be cut. We know air Old Age Pension can be cut if they are over \$63,000, but we are not talking about people earning more than \$63,000; we are talking about marginal employees.

verrait son SRG réduit de un dollar pour chaque tranche de deux dollars qu'elle reçoit en vertu du Régime de pensions du Canada. À cet égard, comme M. La Salle vous l'a mentionné, tout revenu que cette personne reçoit, à l'exception des 500 \$, qui ne sont pas inclus dans le revenu, est réduit de un dollar pour chaque deux dollars provenant d'un autre revenu.

Le sénateur Keon : Disons que chacun des individus reçoit une pension du Canada de 10 000 \$ par année et que les deux veulent travailler à temps partiel. Disons que chacun gagne 10 000 \$ par année en travaillant à temps partiel. Quel sera l'impact sur leur revenu global?

Mme Habtu : Cela signifie que chacun d'entre eux disposerait d'environ 20 000 \$ provenant du RPC ainsi que de ses revenus. Le seuil pour une personne seule est de 15 000 \$. C'est-à-dire que si votre revenu est inférieur à 15 000 \$, vous êtes alors admissible au Supplément de revenu garanti. Dans ce cas-ci, ils seraient considérés comme un couple, mais si nous examinons la situation d'une seule personne, elle ne serait pas admissible au Supplément de revenu garanti parce que son revenu serait supérieur au seuil.

Le sénateur Keon : Autrement dit, si chacun d'eux gagnait 7 500 \$ par année à travailler à temps partiel, cela annulerait leur supplément?

Mme Habtu : Voulez-vous dire en plus du Régime de pensions du Canada?

Le sénateur Keon : Oui.

Mme Habtu : Oui, cela serait certainement le cas. Vous avez raison.

M. La Salle : Serait-il utile que nous préparions des scénarios types pour les présenter à votre comité, comme des scénarios types de situations marginales?

La présidente : Oui, cela nous serait très utile.

M. La Salle : Je crois pouvoir vous fournir ces chiffres. S'il y a d'autres scénarios évidents, il nous fera plaisir d'accéder à votre requête.

La présidente : Vous avez la parole, monsieur Tupper, mais peut-être en prévision de ce que vous allez dire y a-t-il dans la population une grande confusion, mais pas autant au sujet du Supplément de revenu garanti. Par exemple, des gens m'ont dit que s'ils gagnaient tel revenu, leur pension du RPC serait réduite. Or, nous savons que la pension versée par le RPC ne peut être réduite, que c'est un régime auquel on cotise et dans lequel notre employeur verse une quote-part équivalente, et que c'est un paiement garanti.

Il y a confusion dans l'esprit des personnes âgées, qui croient qu'elles ne peuvent travailler parce que leur pension de la Sécurité de la vieillesse serait coupée. Nous savons que la pension de la Sécurité de la vieillesse peut être réduite si le revenu dépasse 63 000 \$, mais on ne parle pas ici de personnes touchant un revenu de plus de 63 000 \$ mais bien de personnes ayant un revenu marginal.

Mr. Tupper: I wanted to be clear. Our desire is to understand the interactions; we are not looking for particular dollar scenarios. We can pick some scenarios that would help you understand those interactions.

Senator Keon: Madam Chair, through you, our desire is to understand the interactions as they affect the people who are really hurting financially.

Senator Cordy: You spoke earlier about the numbers of studies that you are doing. I know that Canada's poverty rate has gone down substantially in recent years, which is a positive thing, but if we look closely at the figures, we see that certain groups suffer more dramatically than others. One of these groups is women, single women in particular. In days gone by, many women left the workforce as soon as they got married, even before they had children, while others left when their children were young. Their earnings were interrupted. When it comes time to get CPP, their contributions were lower and what they receive will be lower. Have you done any studies in this area to see how we could be more helpful in those situations?

Mr. La Salle: There is a general drop-off provision in the contribution period of CPP, and that drop-off is 15 per cent. Fifteen per cent of your years of lower income are not counted to establish the amount of your pension. We think that is a good approximation. When I say "we," it is a large "we" because the CPP is a jointly managed program, managed federally and provincially.

To work around that exemption period or drop-off provision would probably have an impact on the contribution rate; it seeks to do a balance between the benefit payable and affordability and fairness. It would have an impact on contribution rate, and that would have to be looked at very carefully. In the meantime, the clause in the CPP that addresses those issues is the general drop-off provision.

Senator Cordy: That would mean that the lower income years would not be counted in terms of determining what they would receive. I understand that, and it is a good policy. However, many women are out of the workforce for 10 years or 15 years or longer. I have heard of 60-year-old women who receive \$35 a month because they left the workforce to raise their children. Have you looked at any ways where women could, if they were able, contribute for the years they were home raising their children? Is this an area you have looked at?

Mr. La Salle: There are pockets of low-income seniors. That issue is resolving itself through increased labour participation, et cetera. The problem is that the instruments we have, such as GIS, which contributes in a major way in reducing poverty among seniors and brings many above the low-income cut-off, are big, blunt instruments. I believe there are 215,000 seniors in Canada

M. Tupper : Je veux être clair. Nous souhaitons comprendre les interactions; nous ne cherchons pas à examiner des scénarios chiffrés particuliers. Nous pouvons choisir des scénarios qui vous aideront à comprendre la nature de ces interactions.

Le sénateur Keon : Madame la présidente, par votre intervention vous exprimez notre désir de comprendre les interactions qui touchent les personnes vivant une situation financière très pénible.

Le sénateur Cordy : Tantôt, vous avez parlé de plusieurs études que vous êtes en train de mener. Je sais que le taux de pauvreté au Canada a fléchi considérablement ces dernières années, ce qui est positif, mais si nous examinons attentivement les données, nous constatons que certains groupes sont beaucoup plus touchés que d'autres. Un de ces groupes est celui des femmes, surtout les femmes vivant seules. À une autre époque, beaucoup de femmes quittaient le marché du travail dès le mariage, avant même d'avoir des enfants, tandis que d'autres le quittaient quand leurs enfants étaient en bas âge. Cela entraînait une interruption de leurs revenus. Au moment de pouvoir toucher une pension du RPC, comme elles avaient moins cotisé, leur pension s'en trouvait réduite. Avez-vous réalisé des études sur la question pour voir comment nous pourrions apporter davantage d'aide dans ce genre de situations?

M. La Salle : Il existe une disposition d'exemption de cotisations au RPC et cette exemption est de 15 pour cent. Ainsi, 15 pour cent des années de moindre revenu sont exemptées du calcul de la pension. Nous croyons qu'il s'agit là d'une bonne approximation. Quand je dis « nous », c'est un « nous » au sens large car le RPC est un programme géré conjointement par le fédéral et les provinces.

Toute modification apportée à cette période d'exemption, ou disposition d'exemption de cotisations, se répercuterait sans doute sur le taux de cotisation au RPC, qui vise à maintenir un équilibre entre les pensions à verser et le caractère abordable et équitable du régime. Cela affecterait le taux de cotisation et devrait faire l'objet d'un examen très minutieux. D'ici là, la disposition du RPC qui touche cet aspect de la question est la disposition générale d'exemption de cotisations.

Le sénateur Cordy : Cela signifie que les années de plus faible revenu ne seraient pas prises en compte dans le calcul du montant de la pension. Je comprends cela et j'estime que c'est une bonne politique. Cependant, bien des femmes s'absentent du marché du travail pendant une période de dix ou quinze ans, voire plus. J'ai entendu parler de femmes de 60 ans qui touchent une pension de 35 \$ par mois parce qu'elles ont quitté le marché du travail pour s'occuper de leurs enfants. Avez-vous cherché des moyens qui permettraient aux femmes en mesure de le faire de cotiser au régime pour les années passées à la maison à élever leurs enfants? Est-ce une question sur laquelle vous vous êtes penchés?

M. La Salle : Il existe des groupes d'âinés à faible revenu. Ce problème est en voie de se régler grâce à une participation accrue au marché du travail, et cetera. L'ennui, c'est que les instruments que nous avons, comme le SRG, qui contribuent de façon importante à réduire la pauvreté chez les âinés et qui permettent à bon nombre d'entre eux de passer au-dessus du seuil de faible

who would be under the low income cut-off. Just to describe the situation a little bit, one of their defining features is that their housing costs are more important. That is what puts them below the low-income cut-off. That happens particularly in urban settings — Toronto, Montreal, Vancouver, Calgary, et cetera. In the rural areas, usually it is not as much of an issue, although transportation costs are definitely a factor in certain places.

The instruments the federal government has in terms of income support are too broad. To get to these 215,000 people, you would have to spill a lot of money. To give you an idea, the increase in the GIS, 3.5 per cent in January 2006 and 3.5 per cent in 2007 provided \$58 for a couple and \$36 for an individual. That cost \$2.7 billion over five years. Just to do a little bit in a huge program like that is very costly.

We have to find a way to provide support, but in a very targeted way. Perhaps we need to look further at the spending side and the type of programs that bring you into the realm of provincial programs, although not exclusively; but much in-kind support provided to low income seniors is done at the community level.

Senator Cordy: One of our big concerns is reaching those who are in need. Those who have substantial savings and whatever are not the ones we should be as concerned about, although they have other needs.

One of the things that I have learned in this study, and I guess it is just that I had not thought about it, is the diversity among seniors. People tend to stereotype seniors, and that is not appropriate. As with any group in Canadian society, we in Canada are such a diverse population, much more so than we were 50 years ago.

How can we design programs and services to meet the needs of the diverse population? Unfortunately, often in government programs, be it provincial or federal, it is the situation of the square peg in the round hole. That is, if you do not quite fit in the round hole, then there is nothing there for you. You explained that you are trying to meet the needs of certain individuals and the costs related to meeting those needs.

Our life expectancy has gone up; however, one group for which life expectancy is not nearly as high as the rest of Canada is our Aboriginal population. Yet, Aboriginal peoples must wait as long as people who do have a life expectancy into their 70s or 80s to receive Canada pension or old age pension, whatever the case may be.

You talked earlier about research in the studies that you are doing. Are you doing research and studies in the area of the diversity of seniors and how to best to create programs to meet that diversity?

revenu, sont lourds et inefficaces. Je crois qu'il y a 215 000 aînés au Canada qui se situent en dessous du seuil de faible revenu. En bref, l'une des particularités, c'est que leurs coûts de logement sont plus élevés. C'est ce qui fait qu'ils se retrouvent en dessous du seuil de faible revenu. C'est souvent le cas dans les centres urbains — Toronto, Montréal, Vancouver, Calgary, et cetera. Dans les régions rurales, le problème n'est généralement pas si grave, bien que les coûts de transport soient certainement un facteur dans certains endroits.

Les instruments dont dispose le gouvernement fédéral en matière de soutien du revenu sont trop vastes. Pour atteindre ces 215 000 personnes, vous devrez dépenser beaucoup d'argent. Pour vous donner une idée, l'augmentation du SRG, soit 3,5 p. 100 en janvier 2006 et 3,5 p. 100 en 2007, a permis d'offrir 58 \$ à un couple et 36 \$ à une personne. Pour pouvoir offrir ces 36 \$, il en coûte 2,7 milliards de dollars sur cinq ans. Juste pour réaliser une petite augmentation dans un énorme programme comme celui-ci, il faut dépenser beaucoup d'argent.

Nous devons trouver une façon d'offrir un soutien, mais de façon très ciblée. Peut-être devrions-nous examiner davantage notamment les dépenses et le type de programmes qui vous amènent dans la sphère des programmes provinciaux; cela dit, une grande partie de l'appui non financier offert aux aînés à faible revenu est fourni à l'échelle communautaire.

Le sénateur Cordy : Ce qui nous importe surtout, c'est d'atteindre les personnes qui sont dans le besoin. Nous ne devrions pas nous inquiéter autant des personnes qui ont d'importantes économies ou d'autres sources de revenu, bien que ces personnes aient d'autres besoins.

L'une des choses que j'ai apprises dans cette étude, et je crois que je n'y avais tout simplement pas pensé, c'est qu'il existe une grande diversité d'aînés. Les gens ont tendance à stéréotyper les aînés, et cela n'est pas approprié. Comme pour tout groupe de la société canadienne, notre population est tellement diversifiée, bien plus qu'il y a 50 ans.

Comment pouvons-nous concevoir des programmes et des services capables de combler les besoins de notre population diversifiée? Malheureusement, les programmes gouvernementaux, qu'ils soient provinciaux ou fédéraux, s'adressent souvent à des personnes qui entrent dans un moule mal adapté. Si vous n'entrez pas dans ce moule, vous n'y trouvez pas votre compte. Vous avez expliqué que vous essayez de répondre aux besoins de certaines personnes et d'assumer les coûts qui en découlent.

Notre espérance de vie a augmenté; toutefois, l'espérance de vie de notre population autochtone est loin d'être aussi élevée que dans le reste de la population canadienne. Or, les membres des peuples autochtones doivent attendre aussi longtemps que les personnes qui ont une espérance de vie supérieure — 70, 80 ou plus — pour toucher des prestations du Régime de pensions du Canada ou de la Sécurité de la vieillesse, quel que soit le cas.

Vous avez parlé de recherches effectuées dans le cadre de vos études. Est-ce que vos recherches et vos études portent sur la diversité des aînés et sur la façon de concevoir des programmes qui tiendraient le mieux compte de cette diversité?

Mr. Tupper: As you mentioned at the outset of your question, we have clearly made progress over time. In one sense, it is that square peg and round hole. When you have a high percentage of people who have been living in poverty and have been at risk, it is easier to develop broad-based programs. We have hit a point where about 5 per cent to 6 per cent of seniors who are living in poverty. What we need to do now, and what the department has embarked upon, is trying to get a granular understanding of whom that 6 per cent represents. That will be the struggle of the program design and policy work. As you said, they are incredibly diverse. We see a fair consistency about the at-risk populations that make up that 6 per cent. Right now, our biggest focus is developing the evidence base to understand the characteristics of those at-risk groups and the kinds of initiatives that would serve them. Clearly, one generalized initiative will not deal with all the needs of at-risk groups. The Aboriginal people are a particular area in which we will spend some time working with the Department of Indian and Northern Affairs and Aboriginal organizations. We will work with them to get a better understanding of the characteristics of Aboriginal seniors' needs and through that understanding how we can design programs and initiatives to respond to those needs. That would apply equally to seniors who are living alone, seniors who are homeless and seniors who are disabled. We would look at their specific needs and understand what governments may do at all levels.

The Chair: It is not just now that women are taking time off to raise children. They are also now taking time off to become full-time caregivers to senior parents. They get hit not only for the years in which they have raised children but also for the peak earning years for which they have become caregivers — either because they have had to reduce their working time to part time or, perhaps, to no time working at all.

Has any research or development been given to the possibility of paying into CPP for these people as some kind of a caregiver benefit program? For example, if we took the \$1,000 that are given now to families for child care, would that make, in some ways, more sense to move it over into a payment to the woman's CPP plan so that at some point she actually can collect that kind of benefit in CPP equivalent to that of a woman who has been able to remain in the workforce all of that period of time? Have we done any of that kind of analysis?

Mr. Tupper: Over the last two years, we have done a tremendous amount of work understanding the pressures of unpaid caregivers. We have pursued most of our research in the context of understanding the demographic shifts that families have experienced over recent years. We do not limit our analysis of care giving just to care giving of seniors. We also look at family

M. Tupper : Comme vous l'avez souligné au début de votre intervention, nous avons clairement réalisé des progrès au fil du temps. D'une certaine façon, nos programmes s'adressent bien à des personnes qui rentrent dans un moule mal adapté. Lorsque vous avez un grand pourcentage de la population qui vit dans la pauvreté et qui est à risque, il est plus facile d'élaborer des programmes généraux. Nous sommes arrivés à un point où environ 5 à 6 p. 100 des aînés vivent dans la pauvreté. Ce que nous devons faire maintenant, et le ministère a déjà commencé, c'est d'essayer de comprendre en substance qui compose ces 6 p. 100. C'est la difficulté que posera l'élaboration des programmes et des politiques. Comme vous l'avez fait remarquer, il existe une grande diversité d'aînés. Nous observons une assez grande cohérence dans la population à risque qui compose les 6 p. 100. Pour l'instant, nous voulons surtout recueillir les données nécessaires pour comprendre les caractéristiques des groupes à risque et le type d'initiatives qui leur conviendrait. Il est évident qu'une seule initiative générale ne suffirait pas à combler les besoins de tous les groupes à risques. Les peuples autochtones sont un groupe particulier sur lequel nous nous attarderons avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien et les organisations autochtones. Nous travaillerons avec eux pour mieux comprendre les besoins des aînés autochtones en vue de concevoir des programmes et des initiatives qui en tiennent compte. Cela s'applique également aux aînés qui vivent seuls, aux aînés qui sont sans abri et aux aînés qui sont handicapés. Nous nous pencherons sur leurs besoins particuliers et nous songerons à ce que tous les ordres de gouvernement peuvent faire.

La présidente : Ce n'est pas d'hier que les femmes quittent leur emploi pour élever leurs enfants. Aujourd'hui, elles cessent également de travailler pour s'occuper à plein temps de leurs parents âgés. Elles sont pénalisées non seulement pour les années qu'elles ont passées à élever leurs enfants, mais également pour les années les plus rémunératrices pendant lesquelles elles sont devenues aidantes naturelles — soit parce qu'elles ont dû travailler à temps partiel, soit parce qu'elles ont dû cesser complètement de travailler.

Y a-t-il des travaux de recherche et de développement qui ont porté sur la possibilité de verser des cotisations au RPC pour ces personnes dans le cadre d'un quelconque programme de prestations aux aidants naturels? Par exemple, si nous prenons la somme de 1 000 \$ que nous versons actuellement aux familles pour la garde d'enfants, est-ce que cela ne serait pas plus logique, d'une certaine façon, d'utiliser cet argent pour contribuer au RPC de ces femmes de sorte qu'elles puissent, à un moment donné, recevoir des prestations du RPC équivalentes à celles des femmes qui ont pu demeurer sur le marché du travail pendant toute cette période? Avons-nous fait des analyses à cet égard?

M. Tupper : Au cours des deux dernières années, nous avons beaucoup amélioré notre compréhension des pressions que subissent les aidants naturels non rémunérés. Nous nous sommes surtout efforcés, dans nos travaux de recherche, de mieux saisir les changements démographiques que les familles ont connus ces dernières années. Nous ne limitons pas notre

illness and to families of disabled children. We are looking at all types of care giving, with the exception of traditional child care, and trying to understand the pressures that families experience. On average, over the last 20 years, families are working 1.5 to 3 months more per year than they were before. We are seeing data that would suggest, in terms of time use, that families have 48 minutes less per day to devote to the family. That is 22 hours a month. There are real pressures as we see the start of what we call "the sandwiched generation." As the population ages, that pressure will only increase. We are in the midst of taking our evidence and developing advice that we would be prepared to provide to the government in terms of what the government can do to support Canadian families in addressing care giving issues.

The Chair: My final area of questioning concerns people who may be eligible for CPP but have not applied. You may be aware that there have been a number of questions in the Senate about this recently.

Do you have any data on how many people out there may be eligible but are not receiving benefits because you, perhaps, lost their addresses, because their names have changed, or because they have moved goodness knows where and they have not kept up? Do we know how many people might be eligible for CPP but are not collecting it?

Mr. La Salle: We certainly have an idea. Does it cover everything? No. There are a number of people who have paid taxes and have paid into CPP but they disappear or move to another country. When we look at the data, for the most part it is people who have contributed very little, so the benefit in question is somewhat limited, and so on.

Canadians receive the forms and a constant reminder through inserts in their taxes, advertising campaigns, and so on. However, there are Canadians who have paid in but they do not seek the benefit or apply for the benefit.

The Chair: I receive an update — I think it is every second year, but I could be wrong — on what I have paid into CPP and what I qualify for. If you have lost my address or you do not know where I am, obviously I do not get that information. I am thinking of people who may have paid into this, for example, 35 years ago and then stopped working to raise families and never returned back into the workforce. In an equivalent situation, I suppose I might be eligible for social security in the United States because I taught there for two years. I never thought about it, actually, until right this moment. Perhaps I should be applying for American social security; I do not

analyse à la dispensation de soins aux aînés, mais également à la dispensation de soins aux membres de la famille malades ou aux enfants handicapés. Nous examinons tous les types de prestation de soins, à l'exception de la prestation traditionnelle de soins aux enfants, et nous nous efforçons de comprendre les pressions que subissent ces familles. En moyenne, au cours des 20 dernières années, les familles ont travaillé entre 1,5 et 3 mois de plus par année qu'elles le faisaient auparavant. Certaines données semblent indiquer qu'au chapitre de l'emploi du temps, les familles ont 48 minutes de moins par jour à consacrer à leur famille. Cela équivaut à 22 heures par mois. Nous subissons de réelles pressions associées à la naissance de ce que nous appelons « la génération sandwich ». Ces pressions s'intensifieront au fur et à mesure que la population vieillira. Nous sommes en train d'examiner nos données et de formuler des conseils que nous serions disposés à fournir au gouvernement sur la façon dont celui-ci pourrait aider les familles canadiennes à résoudre les problèmes liés à la prestation de soins.

La présidente : Mes dernières questions concernent les personnes qui pourraient être admissibles au RPC, mais qui n'ont pas présenté de demande. Vous savez peut-être que, récemment, plusieurs questions ont été soulevées à ce sujet au Sénat.

Avez-vous des données sur le nombre de personnes qui pourraient être admissibles au RPC mais qui ne reçoivent pas de prestations parce que vous avez peut-être égaré leurs adresses, parce que leur nom a changé ou parce qu'ils ont déménagé Dieu sait où sans nous en informer? Savons-nous combien il peut y avoir de personnes qui seraient admissibles au RPC mais qui ne touchent pas de prestations?

M. La Salle : Nous en avons certainement une idée. Est-ce que cela couvre tout? Non. Il y a des personnes qui ont payé des impôts et cotisé au RPC, mais qui ont disparu ou qui ont déménagé dans un autre pays. Selon nos données, il s'agit surtout de personnes qui ont très peu cotisé au RPC, donc les avantages en question sont quelque peu limités, entre autres.

Les Canadiens reçoivent les formulaires et des rappels constants leur sont faits au moyen des renseignements joints à leur formulaire de déclaration de revenus, de campagnes de publicité, et cetera. Cependant, il y a des Canadiens qui ont cotisé au RPC mais qui ne touchent pas de prestations ou qui n'ont pas présenté de demande.

La présidente : Je reçois un rapport — je crois que c'est tous les deux ans, mais je pourrais me tromper — sur mes cotisations au RPC et sur les prestations auxquelles j'ai droit. Si vous perdez mon adresse ou que vous ne savez pas où me joindre, il va de soi que je ne pourrais pas recevoir cette information. Il y a des gens qui ont pu avoir cotisé au RPC il y a, disons, 35 ans, qui ont arrêté de travailler pour élever leur famille et qui n'ont jamais réintégré le marché du travail. Dans le même ordre d'idées, je suppose que je pourrais être admissible au régime de sécurité sociale des États-Unis puisque j'y ai enseigné pendant deux ans. Je n'y avais jamais songé jusqu'à maintenant. Peut-être que je devrais

know. Is any attempt being made to track down these people or to provide, through Service Canada, an avenue for them to make an application for CPP?

Mr. La Salle: That is a question that I would rather have Service Canada answer because it is their business. There is no doubt in my mind that a lot of outreach efforts are being made.

If we do not have the address, it is difficult, and we are back into my response to Senator Chaput, that is, outreach through community organizations. It is not a computer-driven exercise then; it is almost like going knocking on doors. We find that people who do not collect have very little to collect.

The Chair: There was an insert a week or so ago in one of the three newspapers. As I was putting papers in the blue box, the insert fell on the kitchen floor. The insert was full of information about new seniors' benefits. I found it interesting — and I want you to take note of this — that it addressed eligibility for CPP, but it did not address people who may not think they were eligible for CPP. My reading of it was that this applies to me, obviously. However, if you did not know that you were eligible for CPP, nothing in the pamphlet made you think that maybe you should apply.

Mr. La Salle: I will pass this on to my colleagues at Service Canada.

The Chair: We want to thank both of you. We know this was difficult for you because you are getting ready for your meeting later this week, but it was important for us to hear from you. Good luck with your meeting on November 29. Hopefully all your federal and provincial counterparts can sing from the same hymn book.

Honourable senators, I will discuss a couple of business matters with you now. Our witnesses for two o'clock have not yet arrived. We have drawn up a budget. I will have the clerk pass it to you so we can approve it. We will also distribute a piece of information that our researchers have prepared regarding our plans and organization for the next few meetings.

Let us begin with the budget. We have drawn up a budget for \$61,475. The cost for our research consultant, additional research assistants, working meals and hospitality absorb \$27,000 of this amount. Then we have put \$3,000 aside for conferences, and that, of course, would include airfares and other expenses. I should tell you that in the past we have not used nearly the amount that we have submitted for conferences, but I like to build it into the budget just to ensure that if conferences do come onto the horizon that we think would be of value to members, that they are able to go. In the last session, we sent Senator Mercer to the Workshop on Seniors and Emergency

présenter une demande de prestations de sécurité sociale des États-Unis, qui sait? Essayons-nous de retracer ces personnes ou de leur offrir un moyen de présenter une demande de prestations du RPC par l'entremise de Service Canada?

M. La Salle : Comme c'est une question qui relève de Service Canada, je préférerais que les responsables de l'organisme y répondent. Il n'y a pas de doute dans mon esprit qu'on déploie des efforts énormes pour informer les gens.

Si nous n'avons pas l'adresse des personnes touchées, comment pouvons-nous alors les joindre? Comme je le disais précédemment au sénateur Chaput, il faut informer la population grâce aux organismes communautaires. Ce n'est pas du tout un exercice commandé par ordinateur. Bien au contraire, il faut presque aller frapper aux portes. Nous constatons que le montant des prestations non touchées par les personnes qui y ont droit est minime.

La présidente : Il y a environ une semaine, un des trois journaux que je reçois contenait un encart. Comme je mettais les journaux dans la boîte bleue, l'encart a glissé sur le plancher de la cuisine. Il renfermait plein de renseignements sur les prestations aux aînés. J'ai trouvé intéressant de constater — et je veux que vous en preniez note — que l'information présentée portait sur l'admissibilité au RPC. Rien cependant à l'intention des personnes qui ne savent peut-être pas qu'elles sont admissibles au RPC. En lisant le dépliant, je savais que ça s'adressait à moi évidemment. Par contre, dans la situation où vous ignorez que vous êtes admissible, le dépliant ne contenait aucune information pour vous faire penser que vous pourriez peut-être présenter une demande.

M. La Salle : Je transmettrai cette observation à mes collègues de Service Canada.

La présidente : Nous tenons à vous remercier, messieurs, d'être venus aujourd'hui. C'était difficile pour vous, en raison de la réunion du 29 novembre que vous préparez actuellement, mais il était important pour nous de vous entendre. Nous vous souhaitons une excellente réunion et nous espérons que tous vos homologues fédéraux et provinciaux arriveront à s'entendre.

Mesdames et messieurs les sénateurs, j'aimerais discuter de deux questions avec vous maintenant. Nos témoins de 14 heures ne sont pas encore arrivés. Nous avons établi un budget. Je vais demander à la greffière de vous le distribuer afin que nous puissions l'approuver. Nous allons aussi vous remettre un document préparé par nos attachés de recherche concernant nos plans et l'organisation des prochaines réunions.

Commençons par le budget. Nous avons un budget de 61 475 \$. De ce montant, 27 000 \$ servent à payer notre expert-conseil, nos attachés de recherche supplémentaires, nos repas de travail et nos dépenses d'accueil. Nous avons aussi prévu 3 000 \$ pour les conférences, et cela comprend, bien sûr, les billets d'avion et autres dépenses. Je dois vous dire que, dans le passé, nous n'avons pas utilisé toutes les sommes demandées pour les conférences, mais je tiens à conserver ce poste dans le budget. De cette façon, si nous apprenons qu'il y a des conférences intéressantes pour nos membres, ils seront en mesure d'y aller. Lors de la dernière session, le sénateur Mercer a participé à

Preparedness, and Senator Cordy went to St. Gallen in Switzerland to the World Ageing and Generations Congress. I want to have funds available so senators can attend these meetings, as they are very informative.

Are there any questions or comments on the budget?

Senator Keon: It seems very straightforward, Madam Chair.

The Chair: Could we have a motion to accept the budget?

Senator Keon: I so move.

The Chair: Moved by Senator Keon. All those in favour?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Hopefully we can get that into the Internal Economy Committee as soon as possible. We are working at the present time, as are all committees, on emergency funding, so we have enough to get us through probably to Christmas if there is no difficulty in this particular issue, because the Internal Economy Committee has not yet given an indication of when they will deal with budgets. We understand this might be the first budget that they receive.

The tentative work plan has been prepared for the committee based on our discussion last week. It is obviously an order of reference, the background, and phase 2. What I think is most interesting, senators, is to look at phase 2, and the issues we still want to deal with.

If you look on page 5, we had planned, in terms of the completion of phase 2 hearings: competency issues, housing needs, transportation and emergency preparedness. We covered the fifth item today and will move on to number six later. We have heard with respect to the seventh item, although we need to decide if we want specific input from the provinces concerning number five. There were meetings planned for November 26, December 3, and December 10, and we have already heard from witnesses with respect to all three of those weeks.

If you move on to page 6, you will see the option papers that our hard-working Library of Parliament researchers are going to prepare for us. They have given us these titles, listed on pages 7-8. They are Active Aging, Older Workers/Transition to Retirement, Health of Seniors, Regional Distribution of Aging Costs, and Supports to Aging in Place of Choice.

Rather than try to have any realistic discussion about that today, I just wanted the option papers to be distributed and to ask you to review them at your leisure over the next week and report back, particularly with respect to gaps in the options and issues papers. If you read those options and issues papers suggestions and you see some gaps that you think we are not addressing,

l'Atelier sur les mesures d'urgence et les aînés, et madame le sénateur Cordy s'est rendue à Saint-Gall, en Suisse, pour assister au Congrès mondial sur le vieillissement et les rapports entre les générations. Je tiens à avoir des fonds disponibles pour que les sénateurs puissent participer à de telles conférences, car on y apprend beaucoup de choses.

Y a-t-il des questions ou des commentaires sur le budget?

Le sénateur Keon : Ça me semble très clair, madame la présidente.

La présidente : Quelqu'un pourrait-il proposer une motion pour que nous approuvions le budget?

Le sénateur Keon : Je vais la proposer.

La présidente : La motion est proposée par le sénateur Keon. Tous ceux qui sont pour?

Des voix : D'accord.

La présidente : Nous pourrions donc transmettre le budget au Comité de la régie interne le plus tôt possible. À l'heure actuelle, nous fonctionnons, comme tous les comités, avec des fonds d'urgence. Nous en aurons assez pour nous rendre probablement jusqu'à Noël, s'il n'y a pas de difficultés particulières, parce que le Comité de la régie interne ne nous a pas encore indiqué quand il s'occuperait des budgets. Il semble que notre budget pourrait être le premier à lui parvenir.

Le plan de travail préliminaire préparé pour le comité est fondé sur nos discussions de la semaine dernière. Il comprend évidemment un ordre de renvoi, le contexte et la deuxième phase. Selon moi, ce qui est le plus intéressant, mesdames et messieurs les sénateurs, c'est d'examiner la deuxième phase ainsi que les questions dont nous voulons toujours traiter.

Si nous nous reportons à la page 5 du document, voici ce que nous avons planifié en ce qui concerne les audiences de la deuxième phase : les questions de compétences, les besoins en logement, les transports et la protection civile. Nous avons discuté du cinquième point aujourd'hui et nous passerons plus tard au sixième. Nous avons entendu des choses au sujet du septième point, même si nous devons décider si nous voulons obtenir l'apport des provinces au sujet du cinquième point. Des réunions étaient prévues pour le 26 novembre et les 3 et 10 décembre, et nous avons déjà entendu parler des témoins relativement à ces trois réunions.

De la page 6 à 8, vous trouverez les titres des documents sur les options que vont préparer pour nous nos infatigables attachés de recherche de la Bibliothèque du Parlement. Ces titres sont : Vieillessement actif, Travailleurs âgés/passage à la retraite, Santé des aînés, Distribution régionale des coûts liés au vieillissement et Soutien aux personnes âgées à l'endroit de leur choix.

Comme il n'est pas vraiment réaliste d'essayer de discuter de ces questions aujourd'hui, j'ai pensé au moins vous distribuer les documents sur les options. Vous pourrez les examiner au cours de la semaine prochaine et nous faire part de vos commentaires, particulièrement si vous notez des lacunes dans les documents sur les options et les questions. Lorsque vous lirez les options et

would you please identify those for us next week so that we can ensure that they are covered in the options and issues pages. Thank you, senators.

Honourable senators, we will now hear from our second panel on the topic of the federal government role regarding our aging population. Because our witnesses had short notice, they gave us a copy of their presentation, but we cannot distribute it because it is not in both official languages. However, I will have it translated and distributed. Meanwhile, it will be presented orally in both languages.

We have Frank Vermaeten, Director General of the Assistant Deputy Minister's Office of Finance Canada; Krista Campbell, Senior Chief of the Federal-Provincial Relations Division; and Andrew Staples, Acting Chief of the Federal-Provincial Relations Division, Finance Canada.

It is a pleasure to have you here. We will start with opening remarks and then move to questions from the members of the committee.

Krista Campbell, Senior Chief, Federal-Provincial Relations Division, Finance Canada: Good afternoon. We apologize for having the presentation only in English. We have sent it to the translation department, so it should be available shortly and we will send it to you as quickly as we can.

You posed specific questions looking for a brief overview of major transfers. I will say a quick word or two on the evolution of transfers and then we will move into a brief discussion on allocating transfer support. By all means, you may pose any questions you might have as we go through the presentation, or we can have more of a discussion towards the end.

The presentation opens with an overview of Canada. As you know, we are 33 million people. We have a great deal of disparity in terms of where we are located geographically across Canada. We are spread unevenly across the country. The level of economic activity varies by province and territory. Gross domestic product per capita in Canada is about \$46,500, but that figure varies considerably by province and territory. There is more information on that in the written presentation.

Fiscal capacity, the ability of provinces and territories to raise revenue, varies considerably as well. It is about \$6,700 per capita, ranging from over \$10,000 per capita in Alberta to \$5,100 or \$4,400 in some of the Maritime provinces. Disparities are particularly noticeable in the North as well, due to the small population, the geographic location and the relatively less developed economic bases in the North.

With respect to fiscal arrangements, there are four broad major transfers. The Equalization Program is nearly \$13 billion, \$12.9 billion this year. The main purpose of the Equalization Program is to address the horizontal disparities that exist among the provinces. The program is a cash payment, and is formula driven.

recommandations, si vous constatez des oublis, je vous prie de nous les indiquer la semaine prochaine, afin que nous puissions corriger la situation. Je vous remercie, mesdames et messieurs les sénateurs.

Honorables sénateurs, nous allons maintenant entendre les témoins du deuxième groupe. Ils vont nous entretenir du rôle du gouvernement fédéral à l'égard du vieillissement de la population. Comme ils ont eu un très court préavis, ils nous ont fourni une copie de leur exposé, mais en anglais seulement. Nous ne pouvons donc pas vous remettre le document puisqu'il n'est pas dans les deux langues officielles. Toutefois, il sera traduit et il vous sera ensuite distribué. Entre-temps, l'exposé se fera dans les deux langues officielles.

Je vous présente Frank Vermaeten, directeur général du Bureau du sous-ministre adjoint, à Finances Canada; Krista Campbell, chef principale de la Division des relations fédérales-provinciales, et Andrew Staples, chef intérimaire de la Division des relations fédérales-provinciales, à Finances Canada.

C'est un plaisir de vous avoir parmi nous aujourd'hui. Nous débuterons par les observations préliminaires et nous passerons ensuite aux questions des membres du comité.

Krista Campbell, chef principale, Division des relations fédérales-provinciales, Finances Canada : Bonjour. Nous nous excusons de ne pas pouvoir vous fournir de document bilingue. Nous l'avons envoyé aux Services de traduction; il devrait être prêt bientôt et nous vous le ferons parvenir aussitôt que possible.

Vous nous avez posé des questions précises afin d'avoir un bref aperçu des principaux transferts. Je dirai d'abord quelques mots sur leur évolution, et nous traiterons ensuite brièvement de leur allocation. N'hésitez surtout pas à nous poser des questions pendant l'exposé. Si vous préférez, nous pouvons avoir une discussion à la fin.

Je commencerai par un aperçu du Canada. Comme vous le savez, notre pays compte 33 millions d'habitants. Les disparités géographiques sont énormes. La population n'est pas répartie également. Le niveau d'activité économique varie d'une province et d'un territoire à l'autre. Au Canada, le produit intérieur brut par personne s'élève à environ 46 500 \$, mais ce chiffre diffère beaucoup selon la province ou le territoire. Vous trouverez plus d'information à ce sujet dans l'exposé écrit.

La capacité fiscale, ou la capacité des provinces et des territoires à générer des revenus, varie aussi considérablement. Elle est en moyenne de 6 700 \$ par habitant, atteignant plus de 10 000 \$ en Alberta ou se limitant à 5 100 \$ ou à 4 400 \$ dans certaines provinces maritimes. Les écarts sont aussi particulièrement flagrants dans le Nord, en raison de sa faible population, de sa situation géographique et de sa base économique relativement peu développée.

En ce qui concerne les arrangements fiscaux, il existe quatre grands programmes de transferts. Le Programme de péréquation atteint presque 13 milliards de dollars, 12,9 milliards cette année. Il vise principalement à compenser les disparités horizontales entre les provinces. Il offre des paiements en espèces fondés sur une formule.

Similar to equalization is the Territorial Formula Financing program, TFF. It is about \$2 billion, \$2.2 billion this year. The program addresses the special needs of the three northern territories, and is similar in purpose to equalization. Again, it is a cash payment and is formula driven.

There are two large transfers for health and social programs, the Canada Health Transfer and the Canada Social Transfer. The CHT is the largest cash transfer, at about \$21.3 billion this year. It supports the principles, criteria and conditions of the Canada Health Act. It is both a cash and tax transfer. Total entitlements are equal per capita. The Canada Social Transfer is about \$9.5 billion this year to support provinces and territories for post-secondary education, social programs and programs that support children.

This presentation does not go into any of the arrangements with respect to, for example, infrastructure. It focuses only on those four main transfer programs. I know members of the committee are familiar with a number of these transfers, so I will speak briefly to only a few of them. If there are questions, we can go into the design of the programs in more detail.

Equalization is particularly important. It is enshrined in the Constitution. The principle of equalization is that provinces should have access to sufficient revenues to provide reasonably comparable levels of public service at reasonably comparable levels of taxation.

Equalization looks at how much revenue provinces can raise. It compares them against a national standard, currently the 10-province standard, and then provides sufficient revenues to bring provinces up to that standard. The transfer is an unconditional one intended to be used by provinces for any and all services they need to provide to Canadians. It is paid for exclusively by federal revenues, and it includes only one broad indicator of need, which is population per capita.

Equalization represents anywhere from, for the provinces that do not receive it, obviously zero, up to 25 per cent of provincial revenues, so it can be an important source of revenue for provinces. A number of changes were introduced in the budget, and we can provide more information if it is relevant.

Equalization is intended to evolve and go up and down as fiscal disparities evolve among provinces. Provinces are always eligible for equalization, but whether they are entitled in any given year can change. For example, Ontario is eligible but has never qualified for equalization. As a province's economic fortunes improve, its equalization entitlement is intended to go down, and the opposite is the case as well.

La formule de financement des territoires (FFT) est similaire à la péréquation. Elle représente environ 2 milliards de dollars, c'est-à-dire 2,2 milliards de dollars cette année. Le programme s'occupe des besoins particuliers des trois territoires du Nord et poursuit un objectif similaire à celui de la péréquation. Ici aussi, c'est un paiement en espèces calculé selon une formule.

Il existe deux grands transferts pour la santé et les programmes sociaux : le Transfert canadien en matière de santé (TCS) et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS). Le TCS est le plus important transfert en espèces et s'élève à environ 21,3 milliards de dollars cette année. Il appuie les principes, les critères et les conditions de la Loi canadienne sur la santé. Il représente à la fois un transfert en espèces et en points d'impôt. Le total des droits a pris la forme d'un montant égal par habitant. Le Transfert canadien en matière de programmes sociaux totalise environ 9,5 milliards de dollars cette année afin de venir en aide aux provinces et aux territoires pour l'éducation postsecondaire, les programmes sociaux et les programmes pour les enfants.

Cet exposé n'examine aucun des arrangements concernant, par exemple, les infrastructures. Il porte seulement sur ces quatre principaux programmes de transfert. Je sais que les membres du comité connaissent bien un certain nombre de ces transferts, c'est pourquoi je n'aborderai brièvement que quelques-uns d'entre eux. S'il y a des questions, nous pouvons parler davantage de la conception des programmes.

La péréquation est particulièrement importante. Elle est enchâssée dans la Constitution. Selon le principe de la péréquation, les provinces devraient avoir accès à des revenus adéquats pour assurer des services publics à un niveau de qualité et de fiscalité sensiblement comparables.

Les revenus de toutes les provinces sont examinés dans le cadre de la péréquation. Ils sont comparés avec une norme nationale, à l'heure actuelle la norme dite « des dix provinces »; la péréquation permet ensuite de fournir des revenus adéquats aux provinces pour qu'elles atteignent cette norme. Ce transfert inconditionnel est censé être utilisé par les provinces pour financer l'un ou la totalité des services qu'elles doivent assurer à la population. Il est financé exclusivement sur le Trésor fédéral et il comporte un seul indicateur général des besoins, c'est-à-dire la population par habitant.

La péréquation peut se résumer à rien du tout, dans le cas des provinces qui n'y ont pas droit, tout comme elle peut représenter jusqu'à 25 p. 100 des revenus provinciaux; elle peut donc constituer une source de revenus importante pour certaines provinces. Plusieurs changements ont été présentés dans le budget, et nous pouvons fournir plus de renseignements, s'il y a lieu.

La péréquation est censée évoluer et fluctuer en fonction des disparités fiscales entre les provinces. Si les provinces sont toujours admissibles à la péréquation, les paiements auxquels elles ont droit peuvent varier chaque année. Par exemple, l'Ontario est admissible mais n'a jamais rempli les conditions requises pour recevoir des paiements de péréquation. À mesure qu'une province s'enrichit, les paiements de péréquation auxquels elle a droit sont censés diminuer, et l'inverse est également vrai.

Over the last few years, we have seen that while equalization is growing in terms of nominal dollars, fiscal disparities among provinces are tending to narrow. We have seen some impact on disparities recently due to resource revenues, but we are seeing that equalization is generally doing the job it is intended to do.

Territorial Formula Financing is intended to do the same in the North with respect to addressing disparities. Because circumstances are unique in the North, costs tend to be somewhat higher. TFF is the primary revenue source for the territorial governments: about 66 per cent of the Yukon's revenues, 64 per cent for the Northwest Territories and nearly 84 per cent of Nunavut's revenues.

The transfer is an unconditional one. However, it includes a certain component of need in the sense that TFF is a gap-filling formula. It looks at how many expenditures territories need to make to provide services and how much they are able to raise through their own source revenues. Then, the transfer fills the gap between how much they can earn on their own and how much they need to spend to provide services roughly comparable to what is available in the South.

The Canada Health Transfer has been legislated to the year 2013-14. It is growing at a rate of 6 per cent annually. It is the federal government's main tool for providing support with respect to the Canada Health Act and the five criteria and two conditions under the Canada Health Act. The transfer reflects a number of commitments made over the last few years with respect to the three health accords. Total entitlements are allocated on an equal per capita basis. At the time of the renewal of the Canada Health Transfer, in 2014-15, the CHT will move to an equal per capita cash entitlement. This change reflects what has happened to the Canada Social Transfer.

With respect to the 10-year plan to strengthen health care, in 2004, the federal government committed to providing \$41.3 billion over ten years in additional transfers to provinces and territories. The bulk of that, \$35 billion, is provided through the Canada Health Transfer. It is targeted for primary health care reform, home care and catastrophic drug coverage. There was also a transfer of \$5.5 billion for wait times reduction and \$500 million for medical equipment purchases. In addition, first ministers committed to an accountability and reporting regime whereby they would provide information to residents on health system performance, including the money that was spent. Provinces and territories are working on developing common indicators and benchmarks. For example, one commitment with respect to primary care is that 50 per cent of all Canadians have access to multidisciplinary teams, 24 hours a day, seven days a week, by the year 2011.

Au cours des dernières années, nous avons constaté, que malgré une hausse de la péréquation en dollars historiques, les disparités fiscales ont tendance à s'amenuiser entre les provinces. Même si nous avons récemment remarqué certaines répercussions sur les disparités à cause des revenus tirés des ressources, nous constatons que la péréquation fait en général le travail visé.

La formule de financement des territoires (FFT) est censée faire la même chose dans le Nord en ce qui concerne les disparités. Compte tenu des défis particuliers dans le Nord, les coûts ont tendance à être un peu plus élevés. La FFT représente la principale source de revenus des gouvernements territoriaux : environ 66 p. 100 des revenus du Yukon, 64 p. 100 des revenus des Territoires du Nord-Ouest et près de 84 p. 100 des revenus du Nunavut.

Le transfert est inconditionnel. Cependant, il englobe une certaine composante relative aux besoins dans la mesure où la FFT est une formule visant à combler les écarts. On examine les dépenses que doivent faire les territoires pour assurer les services et les revenus qu'ils peuvent recueillir par leurs propres moyens. Ensuite, le transfert comble l'écart entre ce qu'ils peuvent obtenir d'eux-mêmes et les dépenses qu'ils doivent faire pour fournir des services à peu près comparables à ceux disponibles dans le Sud.

Le Transfert canadien en matière de santé a été prescrit par la loi jusqu'en 2013-2014. Son taux de croissance atteint 6 p. 100 par année. C'est le principal outil employé par le gouvernement fédéral pour accorder un soutien dans le cadre de la Loi canadienne sur la santé, de ses cinq critères et de ses deux conditions. Le transfert tient compte d'un certain nombre d'engagements pris au cours des dernières années concernant les trois accords sur les soins de santé. Le total des droits est réparti en se fondant sur un montant égal par habitant. Au moment de son renouvellement en 2014-2015, le Transfert canadien en matière de santé (TCS) versera des montants en espèces égaux par habitant. Ce changement reflète ce qui s'est passé dans le cas du Transfert canadien en matière de programmes sociaux.

Dans le cadre du Plan décennal pour renforcer les soins de santé, en 2004, le gouvernement fédéral s'est engagé à fournir aux provinces et aux territoires des transferts additionnels totalisant 41,3 milliards de dollars sur dix ans. La plus grande partie de ce montant, 35 milliards de dollars, est versé par le biais du Transfert canadien en matière de santé. Il est réservé à la réforme des soins de santé primaires, aux soins à domicile et à la couverture des médicaments onéreux. Un transfert de 5,5 milliards de dollars pour réduire les périodes d'attente et un transfert de 500 millions de dollars pour acheter de l'équipement médical sont également prévus. De plus, les premiers ministres ont accepté un régime de responsabilisation et d'établissement de rapports en vertu duquel ils fourniront aux citoyens des informations sur le rendement du système de soins de santé, y compris l'argent qui est dépensé. Les provinces et les territoires sont en train de mettre au point des indicateurs et des repères. Par exemple, selon l'un des engagements pris en ce qui concerne les soins primaires, 50 p. 100 des Canadiens auront accès à des équipes pluridisciplinaires, 24 heures sur 24, sept jours sur sept, d'ici 2011.

The Canada Social Transfer has been changed recently as a result of Budget 2007. It is now allocated on an equal per capita cash basis. The cash grows at 3 per cent annually. It supports the restriction against minimum residency requirements for social assistance. It is a block fund, meaning that provinces and territories allocate the cash and the tax transfer support that they receive among the supported areas — post-secondary education, social programs and programs for children — according to their respective priorities.

A graph we are fond of shows recent investments in transfers. A number of discussions have taken place over the last few years about the cuts that happened in the mid-1990s and the considerable reinvestments. The main point to keep in mind with transfers is that they are at an all-time high, the largest they have been, fully restored with respect to the past cuts.

That is a quick overview of federal transfers.

I want to say a word or two about the evolution with respect to the principles and ideas behind how transfers were allocated, conditionality, accounting for transfers and reporting. Transfers reflect the evolving nature of the federation, intergovernmental relations and fiscal circumstances. Equalization has remained pretty much unchanged over time. The principle as stated in the Constitution is the same. The number of bases that are covered has changed, along with how comprehensive it is and the standard that we measure it against, but principles of equalization have not. However, Health and Social Transfers have changed considerably. They were established primarily as cost-sharing grants to encourage establishment of national social programs, such as medicare, for example.

While these cost-sharing programs are important, or were important, for allowing and incenting the establishment of some of these major health and social programs, at a certain point they become less flexible. In 1977, we saw major reforms to transfers so that cost-sharing programs for health and post-secondary education, for example, were replaced with the Established Program Financing block fund. It was the first major, national cash and tax transfer, and it was allocated for the most part on an equal per capita basis. There was a bit of transition at the beginning, but it was an equal per capita block transfer.

In 1996-97, we saw the introduction of the Canada Health and Social Transfer. Part of the impetus for this change was definitely fiscal reconsolidation. The last major cost-sharing program, the

Le Transfert canadien en matière de programmes sociaux a récemment fait l'objet de divers changements à la suite du budget de 2007. Il est maintenant attribué sous la forme d'un versement en espèces selon un montant égal par habitant. Le montant en espèces augmente de 3 p. 100 par année. Il appuie l'interdiction d'assujettir l'aide sociale à un critère minimal de résidence. Le TCPS demeure un fonds global, c'est-à-dire que les provinces et les territoires répartissent le transfert en espèces et en points d'impôt qu'ils obtiennent entre les divers domaines soutenus — l'éducation postsecondaire, les programmes sociaux et les programmes pour les enfants — en fonction de leurs priorités respectives.

Un tableau que nous aimons beaucoup montre les investissements récents relatifs aux transferts. Un certain nombre de discussions ont eu lieu au cours des dernières années sur les réductions qui ont été apportées au milieu des années 1990 ainsi que les investissements considérables qui ont été faits de nouveau. Dans le cas des transferts, il faut surtout retenir qu'ils atteignent à l'heure actuelle un sommet inégalé, qu'ils sont plus importants que jamais et pleinement rétablis par rapport aux réductions passées.

C'est un aperçu rapide des transferts fédéraux.

J'ajouterais quelques mots sur l'évolution des principes et des idées qui sous-tendent la manière dont les transferts étaient attribués, la conditionnalité, la méthode de comptabilisation des transferts et la production de rapports. Les transferts reflètent la nature évolutive de la fédération, des relations intergouvernementales et des circonstances financières. La péréquation n'a pas beaucoup changé au fil du temps. Le principe enchâssé dans la Constitution est resté le même. Le nombre d'aspects qui sont couverts a changé, ainsi que la portée et la norme utilisée pour établir des comparaisons, mais ce n'est pas le cas des grands principes de la péréquation. Cela dit, les transferts pour la santé et les programmes sociaux ont beaucoup évolué. Ils ont d'abord été établis à titre de subventions à frais partagés visant à favoriser la création de programmes sociaux nationaux, comme le régime d'assurance-maladie, par exemple.

Malgré leur importance de nos jours ou par le passé pour permettre et encourager la création de quelques-uns des principaux programmes de santé et programmes sociaux, les programmes à frais partagés sont devenus moins flexibles à un moment donné. En 1977, nous avons assisté à d'importantes réformes en matière de transferts, de telle sorte que les programmes à frais partagés pour la santé et l'éducation postsecondaire, par exemple, ont été remplacés par une aide financière globale provenant du Financement des programmes établis. Il s'agissait du premier grand transfert national en espèces et en points d'impôt; il était attribué en grande partie suivant un montant égal par habitant. Malgré une petite période de transition au début, c'était bien un transfert global suivant un montant égal par habitant.

En 1996-1997, nous avons été témoins de l'entrée en vigueur du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Une partie de cet élan de changement était

Canada Assistance Plan for social assistance and social services, was rolled into the CHST in the 1995 budget. After a period of transition, the CHST was also equal per capita entitlements.

With major transfers over time, we have seen that with respect to conditionality, grants have changed very much from governments — and the federal government in particular — creating a series or a list of eligible expenditures for which provinces were reimbursed at 50 per cent, to much more open block transfers where provinces have flexibility to determine where specifically they want to allocate their resources. The accountability and reporting for these transfers has also changed over time. We have moved from a government-to-government system of accounting and reporting, where provincial governments report directly to the federal government on what their expenditures were, to a system of public accountability first outlined in the Social Union Framework Agreement, SUFA, in 1999. SUFA, the health accords and the child care framework agreements all indicate that the federal government makes a commitment and a contribution to these programs; provincial governments design and deliver the services that their residents want; and provinces are then responsible for reporting back to their residents on how they used the federal funding. Provinces do not report back to the federal government.

Budget 2007 reinforced the importance of certain principles with respect to fiscal balance. A couple are particularly important for this discussion. First is the accountability through clarity of roles and responsibilities. The government committed to the principle, and recognized, that provinces and territories are best placed to design and deliver certain programs under their jurisdiction, for example, health care delivery, post-secondary education systems and kindergarten to Grade 12 education.

The budget also reinforced the importance of predictable long-term stable fiscal arrangements and took a two-pronged track with respect to strengthening equalization and legislating it to 13-14 and, at the same time, making a commitment that general transfers outside of equalization would be provided on an equal per capita basis, ensuring fair treatment for all Canadians, regardless of where they reside. These reforms were part of a package of broad consultations that took place with provinces and territories, Canadians, academics and experts.

The last component of this presentation is a bit of an overview on the idea of expenditure need and the questions of why transfers are or are not weighted in certain ways. Transfer allocation formulas can address both revenue differences or disparities and expenditure differences. Addressing differences in spending is

incontestablement attribuable à l'assainissement des finances publiques. Le dernier grand programme à frais partagés, le Régime d'assistance publique du Canada pour l'aide sociale et les services sociaux, est devenu le TCSPS dans le Budget de 1995. Après une période de transition, le TCSPS comportait également des versements égaux par habitant.

Dans le cas des grands transferts effectués au fil du temps, nous avons constaté qu'en ce qui concerne la conditionnalité, les subventions ont connu des changements importants : des gouvernements — notamment le gouvernement fédéral — qui créaient une série ou une liste de dépenses admissibles dont la moitié était remboursée aux provinces, jusqu'aux transferts globaux beaucoup plus ouverts où les provinces peuvent décider où iront plus précisément leurs ressources. La responsabilité et les rapports concernant ces transferts ont également évolué au fil du temps. Nous sommes passés d'un système de reddition de comptes et d'établissement de rapports entre gouvernements, où les administrations provinciales rendent directement des comptes au gouvernement fédéral sur leurs dépenses, à une obligation de rendre des comptes au public, présentée pour la première fois en 1999 dans l'Entente-cadre sur l'union sociale (ECUS). L'ECUS, les accords sur les soins de santé et les ententes-cadre sur les services de garde d'enfants laissent tous entendre que le gouvernement fédéral prend un engagement à l'égard de ces programmes et y contribue; les gouvernements provinciaux conçoivent et assurent les services demandés par leurs citoyens; les provinces sont ensuite chargées de faire rapport à leurs citoyens sur l'utilisation des fonds fédéraux. Les provinces ne rendent pas de comptes au gouvernement fédéral.

Le budget de 2007 a souligné l'importance de certains principes d'équilibre fiscal. Quelques-uns sont particulièrement importants. Il y a tout d'abord la reddition de comptes grâce à la clarté des rôles et des responsabilités. Le gouvernement a résolu de se conformer à ce principe et a reconnu que les provinces et les territoires sont les mieux placés pour concevoir et mettre en œuvre certains programmes qui relèvent de leur compétence et concernent par exemple la prestation de soins de santé, le système d'éducation postsecondaire et l'éducation de la maternelle à la 12^e année.

Le budget a aussi confirmé l'importance des arrangements fiscaux prévisibles à long terme et a adopté une approche sur deux fronts visant à renforcer la péréquation et à l'inscrire dans la loi jusqu'en 2013-2014, tout en s'engageant à ce que des transferts généraux à l'extérieur du programme de péréquation soient effectués à raison d'un montant égal par habitant afin d'être juste envers l'ensemble des Canadiens, peu importe leur lieu de résidence. Ces réformes sont inspirées de vastes consultations tenues avec les provinces et les territoires, la population canadienne, des chercheurs et des spécialistes.

La dernière partie de cet exposé est une sorte d'aperçu de la notion de besoins en dépenses et des raisons pour lesquelles les transferts sont pondérés de certaines façons. Les formules d'allocation des transferts peuvent tenir compte à la fois des différences dans le revenu et des disparités en matière de dépenses.

called expenditure need. It basically refers to the ability of governments to finance their responsibilities by considering factors that affect the cost of providing those programs and services.

Typically what we see in the academic literature is that expenditure need is influenced by two broad sets of factors. Demand factors influence the quantity or volume of services provided; for example, how many people does your health care service have to provide or how many houses does a fire protection unit have to cover. Then there are cost factors, and these are the factors that influence the cost of actually delivering the service; for example, what are the wages paid to your doctors, what is the cost of heating the school or what is the cost of snow removal, which can be very different from province to province.

We have a bit of an overview, which you will see in the print version of the presentation that provinces vary considerably in terms of their tax and spending decisions. Because Canada's federation is highly decentralized, provinces are able to establish their own tax bases and tax rates. The Constitution outlines what their powers are. Provinces can decide what to tax and at what rate to tax it. Provinces also decide on the design and delivery of their programs and services and are held accountable by their residents for those decisions.

What we see on a per capita basis when we look, for example, at health spending is that the average is about \$3,100 per capita, but that ranges from about \$2,700 in Prince Edward Island to nearly \$3,600 in Newfoundland. We see similar variations in social expenditures, although the variation can be a little bit higher. The average is about \$1,700 per capita, ranging from \$775 per capita in Prince Edward Island to over \$2,800 in Quebec.

What we see with the variations when looking at this data is that provinces decide whether or not they want their systems to be more expansive, more inclusive or more restrictive, and their decisions come out in the numbers.

We see the same thing with respect to revenues. Provinces and territories are able to levy their own taxes and while the average per capita total revenue is around \$11,500, provinces range from somewhere around \$10,500 per capita all the way up to \$14,000 for Alberta.

There is some theoretical appeal to including the idea of expenditure considerations in transfer design. Academics support both a comprehensive equalization scheme that looks both at the revenue equalization and the expenditure equalization. The main rationales for this scheme are to deal with equity and efficiency concerns. By equity, I mean that in a federation we want governments to treat citizens similarly across the country. Equalization programs are intended to enhance a province's ability to provide comparable public services at comparable rates of taxation, and an equalization program

On parle de besoins en dépenses lorsqu'il est question des différences sur le plan des dépenses. Ce terme renvoie à la capacité des gouvernements de financer leurs responsabilités en tenant compte des facteurs qui influent sur le coût de prestation des programmes et services.

La documentation sur le sujet nous informe généralement que deux grands ensembles de facteurs se répercutent sur les besoins en dépenses. Les facteurs de demande influent sur la quantité ou le volume des services fournis; il faut par exemple tenir compte du nombre de personnes auxquelles il faut assurer des soins de santé ou du nombre de maisons devant être protégées par le service contre les incendies. Il y a aussi les facteurs de coût, qui déterminent le coût réel de la prestation des services; par exemple, il faut considérer le salaire versé aux médecins, le coût du chauffage des écoles et du déneigement, ce qui peut varier grandement d'une province à l'autre.

L'exposé écrit donne un aperçu des différences considérables entre les décisions prises par les provinces en matière d'impôt et de dépenses. Comme la fédération canadienne est très décentralisée, les provinces peuvent établir leur assiette fiscale et leurs taux d'imposition. La Constitution définit leurs compétences. Les provinces déterminent le taux d'imposition et ce à quoi il s'applique. Elles décident aussi de la conception et de la prestation de leurs programmes et services, et sont tenues responsables de leurs décisions par leurs résidents.

En matière de dépenses en santé notamment, nous constatons que la moyenne est d'environ 3 100 \$ par habitant, mais que les dépenses varient réellement de 2 700 \$ par habitant à l'Île-du-Prince-Édouard à près de 3 600 \$ par habitant à Terre-Neuve. Nous observons des écarts semblables, sinon plus grands encore, dans les dépenses en services sociaux, où la moyenne est d'environ 1 700 \$ par habitant, allant de 775 \$ par habitant à l'Île-du-Prince-Édouard à plus de 2 800 \$ par habitant au Québec.

Les écarts entre les données nous indiquent que les provinces décident ou non d'avoir un système plus étendu, plus inclusif ou plus restrictif, et que leurs décisions se reflètent dans les chiffres.

Nous remarquons la même chose en ce qui concerne le revenu. Les provinces et les territoires peuvent prélever leurs propres impôts, et bien que le revenu total moyen par habitant s'élève à environ 11 500 \$, le revenu par habitant dans les provinces oscille d'environ 10 500 \$ par habitant à 14 000 \$ par habitant en Alberta.

L'idée d'inclure la notion des besoins en dépenses dans le concept des transferts présente un certain intérêt d'un point de vue théorique. Les chercheurs donnent leur appui à une formule globale de péréquation qui tiendrait compte à la fois de la péréquation des revenus et de celle des dépenses. Cette formule servirait principalement à répondre aux préoccupations en matière d'équité et d'efficacité. Par équité, j'entends que, dans une fédération, nous voulons que les gouvernements traitent les citoyens d'une manière semblable à l'échelle du territoire. Les programmes de péréquation sont conçus pour améliorer la

can look at those two sides at both the level of service and the taxation.

The efficiency argument is that government actions in terms of their specific policies should not be the rationale for individuals moving from one province to another. We want individuals to live, work and study based on the decisions with respect to the most productive use of their time and where they should most productively be putting their efforts as opposed to moving for beneficial government programs, for example.

In practice, the idea of equalizing for spending could mirror what we do currently in the equalization program. Under the equalization program, we use a representative tax system, RTS. It is considered the gold standard for an equalization program. It is data driven. It looks at classifying revenue sources. Currently, we have five different types of revenue sources. This has changed over time.

The system tries to standardize the sources where provinces can raise revenues. It looks to define a standard or average tax base. If all provinces taxed the same, what would that base look like? It then looks at applying a national average tax rate.

The important thing about the RTS is that it divorces somewhat from the individual provinces' policy decisions. It looks at what revenues provinces could raise if they all behaved the same as opposed to trying to adjust for individual policy decisions.

On the expenditure side, the same thing can be established. A representative expenditure system, RES, would mean classifying expenditure categories. For example, provinces spend on a number of things. Would an RES system want to cover all the different spending categories, or would it be more beneficial to look at some of the high-volume and high-cost services. For example, health and social programs and education make up about 65 per cent of total provincial spending, so would it be sufficient to simply look at those three categories, or should an expenditure system look at all the various ways down to the last dollars?

The next step would be to define workload measures to reflect expenditure need and to look at a national average cost unit to see what the average cost burden is for provinces and territories. Again, the important thing to keep in mind is that the RES system is built to be divorce from individual policy choices and look at a representative standard so that if all provinces created the same type of system, independent of their actual policy decisions, how much would they need to be able to provide those kinds of services.

An RES system would be a considerable or fundamental policy change. There are arguments that suggest this would be considered intrusive. The provinces and territories set their own standards and determine what services they want to provide; for

capacité des provinces de fournir des services publics comparables à un taux d'imposition semblable et ils peuvent prendre en considération ces deux aspects tant du niveau des services que de l'imposition.

Par efficience, j'entends que les décisions des gouvernements à l'égard de politiques particulières ne devraient pas inciter les résidents à changer de province. Nous voulons que les citoyens vivent, travaillent et étudient à l'endroit où ils sont le plus en mesure de mettre à profit leur temps et leurs efforts plutôt qu'ils déménagent en vue de profiter des programmes gouvernementaux, par exemple.

D'un point de vue pratique, la péréquation de dépenses pourrait tenir compte de ce qui se fait actuellement dans le programme de péréquation. Dans le cadre du programme de péréquation, nous utilisons un système de régime fiscal représentatif, le RFR, qui est considéré comme la norme d'excellence en la matière. Le système se fonde sur des données et classifie les sources de revenus. Il y a actuellement cinq sources de revenus différentes, mais ce nombre a changé au fil du temps.

Le système vise à normaliser les sources de revenus des provinces. Il tente d'établir une norme ou une assiette fiscale moyenne, en examinant à quoi ressembleraient les données de base si toutes les provinces prélevaient leurs impôts de la même manière. Le système essaie ensuite d'appliquer un taux moyen national d'imposition.

Ce qu'il y a d'important, c'est que le RFR ne tient proprement pas compte des choix stratégiques des provinces. Il examine plutôt les revenus que les provinces pourraient générer si elles adoptaient le même mode d'imposition plutôt que de s'adapter aux décisions stratégiques de chaque province.

En ce qui concerne les dépenses, on peut procéder de la même façon. Un système de régime de dépenses représentatif, le RDR, permettrait de classifier les catégories de dépenses. Par exemple, les provinces dépensent dans plus d'un domaine; le système de RDR tiendrait-il compte de toutes les catégories de dépenses ou se concentrerait-il sur les dépenses liées à des services communs ou à coût élevé? Par exemple, les programmes de santé, de services sociaux et d'éducation représentent environ 65 p. 100 de toutes les dépenses provinciales; suffirait-il d'examiner simplement ces trois catégories ou le système de dépenses devrait-il examiner où va chaque dollar?

La prochaine étape serait d'établir des mesures de la charge de travail pour tenir compte des besoins en dépenses et d'examiner le coût unitaire moyen national pour déterminer le fardeau financier moyen des provinces et des territoires. Une fois encore, il faut garder à l'esprit que le système de RDR n'est pas conçu pour tenir compte des choix stratégiques individuels, mais pour établir une norme représentative de ce que seraient les besoins des provinces en matière de prestation de services si elles adoptaient toutes le même type de système, indépendamment de leurs choix stratégiques réels.

Adopter le RDR représenterait un changement d'orientation considérable et même fondamental. Certains suggèrent qu'il serait perçu comme intrusif. Les provinces et les territoires établissent leurs propres normes et décident des services qu'ils désirent offrir.

example, with respect to kindergarten and pre-school education, do we want a system for four- and five-year-olds as a provincial choice?

There is also consideration with respect to determining the national standard. With respect to health care, for example, what will the provincial reaction be in trying to determine what level all provinces should commit to providing services and if we are measuring them as being above or below that standard?

Trying to determine what data sources to use is also a difficult activity and likely to be somewhat controversial. Charges are that trying to decide what data to use effectively results in picking winners. For example, with respect to post-secondary education, is it better to use a measure of how many students are studying in a province, which would privilege certain provinces that have more post-secondary education institutions and tend to import students; or is it better to pick a measure of all the 18- to 24-year-olds in a province? Other provinces that do not have as many institutions and tend to export students say they would prefer that type of measure to ensure they are able to build the capacity to have a broader post-secondary education system. The correct answer is not inherent.

Picking the data to use is value-laden; it requires choosing different factors and the approaches to measuring those factors. Then there are basic data concerns; for example, with respect to social assistance and social services. There are no good measures currently to use on, for example, poverty measures. Statistics Canada has a low-income cut-off, but it has certain data limitations.

The literature suggests difficulties with respect to the appropriate weights and how to evaluate the weight to be given to any specific factor. If we look at the two broad sets of factors that need to be considered, the volume versus the cost, is it a 50/50 allocation? Does it matter how many seniors you have versus how much doctors have to be paid? Or is the cost of providing the services — for example, the wage — the more important consideration and the bigger cost driver? Should it be given a heavier weight?

In a decentralized federation, is it appropriate for the federal government to set national standards and to try to measure these types of considerations? That is one of the main points to think about.

As indicated, there are many factors that affect the determination of need. With respect to health care, in particular, if we look at demographics, we can look at income levels, vulnerable groups such as the Aboriginal population, the unit cost of providing a service and the population density. Some countries consider a more densely populated area less expensive to service, while other countries consider them more expensive to service.

En ce qui a trait à la maternelle et à l'éducation préscolaire, par exemple, voulons-nous que le choix d'un système pour les quatre à cinq ans revienne aux provinces?

Il y a aussi des aspects à considérer en ce qui concerne l'établissement d'une norme nationale. En ce qui concerne les soins de santé, par exemple, comment les provinces réagiront-elles quand nous tenterons d'établir une norme de service à laquelle toutes les provinces devraient se conformer et lorsqu'elles seront évaluées en fonction de cette norme?

Il est aussi difficile de déterminer quelles sources de données utiliser, et le choix risque d'être controversé. On fait valoir que le choix des données utilisées fera en sorte qu'on choisira en fait les gagnants. En ce qui concerne l'éducation postsecondaire, par exemple, faut-il mesurer le nombre d'étudiants dans la province, ce qui favoriserait les provinces ayant davantage d'établissements d'enseignement postsecondaire sur leur territoire et qui ont tendance à attirer les étudiants, ou vaut-il mieux mesurer le nombre de jeunes âgés de 18 à 24 ans dans la province? Les provinces ayant moins d'établissements et dont les jeunes ont tendance à étudier à l'extérieur affirment qu'elles préféreraient ce type de mesure afin de garantir qu'elles puissent accroître leur capacité d'élargir leur système d'éducation postsecondaire. Il n'existe pas de bonne réponse.

Choisir les données à utiliser a une valeur suggestive; cela nécessite la sélection de divers facteurs et des approches pour mesurer ces facteurs. Puis, il y a des préoccupations concernant les données de base, par exemple pour ce qui est de l'aide sociale et des services sociaux. À l'heure actuelle, il n'y a aucune bonne mesure à utiliser, par exemple pour la pauvreté. Statistique Canada a un seuil de faible revenu, mais il comporte certaines limitations relatives aux données.

La documentation semble indiquer qu'il existe des difficultés en ce qui concerne les valeurs appropriées et la façon d'évaluer la valeur à accorder à tout facteur spécifique. Si nous nous penchons sur les deux vastes ensembles de facteurs qui doivent être pris en compte, la quantité par rapport au coût, s'agit-il d'une allocation 50/50? Quel est le rapport entre le nombre de personnes âgées et le nombre de médecins à payer? Est-ce le coût de la prestation des services — par exemple, le salaire — qui est le facteur le plus important et le plus grand inducteur de coût? Devrait-on lui accorder plus de poids?

Au sein d'une fédération décentralisée, est-il pertinent que le gouvernement fédéral établisse des normes nationales et tente d'évaluer ces types de facteur? C'est un des principaux points auxquels il faut penser.

Comme il a été mentionné, il y a de nombreux facteurs qui influent sur la détermination d'un besoin. En ce qui a trait aux soins de santé, en particulier, si nous examinons les données démographiques, nous pouvons voir les niveaux de revenu, les groupes vulnérables tels que la population autochtone, le coût à l'unité de la prestation d'un service et la densité de la population. Certains pays estiment qu'il est moins coûteux d'assurer un service dans une région plus densément peuplée tandis que d'autres considèrent que cela revient plus cher.

There are geographical considerations as well as labour costs. Political choices need to be considered; for example, the provincial choice to respond to demand for services not offered in other jurisdictions. Child care is one example. There are also considerations with respect to how well provinces manage delivery of labour and materials compared to their neighbours.

We provided an overview of a very simplified example on health care. For example, with respect to workload, if we had 10 patients at a cost of \$1,000 per patient, the need would be \$10,000. In fact, in determining the workload, instead of measuring 10 patients we could measure the number of patients with heart disease, the number with cancer, the number of premature babies and the number of car accidents. The cost factors must also include salaries paid to health care practitioners and the cost of infrastructure, building new hospitals. The cost of living is considered a very important factor, as is the standard of care to be delivered. We then move from 10 patients times \$1,000, or \$10,000, into considering whether that is the appropriate weight, whether with 10 patients the \$10,000 factor should be increased because the costs can vary. Similar difficulties would arise with any other subject matter, area or sector being considered.

Finally, the O'Brien expert panel report on equalization specifically rejected including expenditure need in the equalization program. It felt that it would increase the complexity of equalization, which would be equally true under a Canada Health Transfer model; that it is difficult to have a policy-neutral evaluation of expenditure need equally as applicable under the Canada Health Transfer; that the measurement of need can be intrusive in provincial areas of responsibility; and that it is difficult to determine exactly what elements are material and should definitely be reviewed as part of an expenditure need consideration.

We have recently heard a lot of debate about transfers. They have been put on a long-term, predictable track. There is a fair amount of consensus, although not unanimity, with respect to federal transfers. The Budget 2007 commitment was relatively clear with respect to the balanced commitment in terms of strengthening equalization and moving to equal per capita cash transfers. While measuring expenditure need is supported in some academic literature, it is recognized as an incredibly complex exercise — not simply a technical change but an actual policy choice.

The Chair: Thank you very much for that very thorough presentation. Senators will want to focus particularly on the Canada Social Transfer, because that is where seniors' programs and aging programs would be funded.

I will begin with an issue that has been controversial for at least 50 years, that is, the concept of per capita transfers. I will give you some historical perspective. I presented a brief to Mr. Diefenbaker in 1961 about the inequity of per capita

Il y a des facteurs géographiques et des coûts de main-d'œuvre. Il y a aussi des choix politiques à prendre en considération, notamment le choix d'une province de répondre à une demande de services qui ne sont pas offerts dans d'autres provinces. Les garderies en sont un exemple. Il y a également la question de savoir dans quelle mesure les provinces gèrent bien la main-d'œuvre et les matériaux comparativement à leurs voisins.

Nous avons donné un aperçu d'un exemple très simplifié sur les soins de santé. À titre d'exemple, pour ce qui est de la charge de travail, si nous avions 10 patients au coût de 1 000 \$ par patient, il faudrait 10 000 \$. En fait, en déterminant la charge de travail plutôt qu'en mesurant 10 patients, nous pourrions évaluer le nombre de patients atteints d'une maladie cardiaque, le nombre de ceux qui souffrent d'un cancer, le nombre de bébés prématurés et le nombre d'accidents de voiture. Les facteurs de coût doivent également englober les salaires versés aux praticiens de la santé, ainsi que le coût des infrastructures et la construction de nouveaux hôpitaux. Le coût de la vie est considéré comme un facteur très important, tout comme la norme des soins à donner. Puis, nous passons de 10 patients fois 1 000 \$ ou 10 000 \$ pour déterminer s'il s'agit de la valeur appropriée, si avec 10 patients, le facteur de 10 000 \$ devrait être augmenté en raison de la variation des coûts. Des difficultés semblables pourraient apparaître dans tout autre domaine ou secteur considérés.

En dernier lieu, le rapport du groupe d'experts O'Brien sur la péréquation a rejeté expressément d'inclure les besoins en dépenses dans le programme de péréquation. Il estimait que cela accroîtrait la complexité de la péréquation, ce qui serait également vrai dans le contexte d'un modèle de Transfert canadien en matière de santé. Il croit qu'il est difficile d'avoir une évaluation impartiale des besoins associés aux dépenses tout aussi applicable dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé; que l'évaluation des besoins peut porter atteinte aux sphères de responsabilité des provinces; qu'il est difficile de déterminer exactement les éléments concrets qui devraient incontestablement faire l'objet d'un examen des besoins en matière de dépenses.

Récemment, on a beaucoup parlé des transferts. Ils sont prévisibles et à long terme. On constate un grand consensus même s'il n'y a pas unanimité en ce qui concerne les transferts fédéraux. Le budget de 2007 était relativement clair concernant l'engagement de maintenir un équilibre entre améliorer la péréquation et établir des transferts de fonds égaux par habitant. Même si l'évaluation des besoins liés aux dépenses est étayée dans certaines revues savantes, cela est considéré comme un exercice incroyablement complexe — pas simplement un changement technique, mais un vrai choix stratégique.

La présidente : Merci beaucoup pour cet exposé très complet. Les sénateurs voudront se pencher tout particulièrement sur le Transfert canadien en matière de programmes sociaux, car c'est dans ce cadre que les programmes pour les personnes âgées et les programmes de lutte contre le vieillissement seraient financés.

Je vais commencer par une question qui fait l'objet d'une controverse depuis au moins 50 ans, c'est-à-dire le concept des transferts par habitant. Je vais vous donner un contexte historique. J'ai présenté un mémoire à M. Diefenbaker en 1961

transfers with respect to universities. Nova Scotia, which is where I was educated, has, per capita, more universities than any other province in the country. As a result, it educates many students from outside the province of Nova Scotia. Therefore, Nova Scotia is significantly disadvantaged by a per capita transfer.

That is not the topic here, but that is what led me to my interest in per capita funding. We now have a situation with aging Canadians that is happening at a very uneven rate across the country. As an example, from 1956 to 2006, Newfoundland's aging population, that is, those over the age of 65 years, increased from 6 per cent of the population to 13.9 per cent, a growth of 7.9 per cent. At the same time, Alberta's aging population increased from 7.2 per cent to 10.7, a 3.5 per cent growth. Therefore, we are now giving far more money to Alberta for people over the age of 65 years than we are giving to Newfoundland.

You talk about equal per capita cash transfers and then you use the phrase "equal treatment of Canadians no matter where they reside." Is it equal treatment if the money given to Newfoundland has to fund far more seniors than the money given to Alberta?

Frank Vermaeten, Director General, Assistant Deputy Minister's Office, Department of Finance Canada: That is a very interesting question, and it is covered off in Ms. Campbell's presentation. I have been looking at this issue for quite a long time too, although not since 1961.

The issue is whether we will measure one factor in determining the allocation of transfers to provinces. If we measure one factor and make an adjustment for that one factor, do you end up with a more fair transfer system or a less fair transfer system? It is like a partial equilibrium analysis versus a general equilibrium analysis.

You could decide, since there is a higher proportion of older people in Nova Scotia, to make an adjustment for that. However, when counting, will you count the number of students, as you would like to advocate? I suspect that Newfoundland would have less university students than Alberta, so you will adjust the transfer for that. That addresses the workload aspect. Then you will adjust for the number of seniors, the number of students, and also for the number of young children, because children go to primary and secondary school. The obverse of there being many seniors in Newfoundland is that there might be less students in primary and secondary school, so they will get less money for that while Alberta will get more.

In a partial equilibrium analysis we can do that for not only one thing, but for 100 things, because once we decide to adjust for the number of seniors and the number of younger people going to university, we will also have to adjust for the number of snowploughs and the number of roads. Again, this all has to do with workload. The question will be: What is the right amount

au sujet de l'iniquité des transferts par habitant en ce qui a trait aux universités. La Nouvelle-Écosse, où j'ai fait mes études, compte, par habitant, plus d'universités que toute autre province du pays. En conséquence, elle forme de nombreux étudiants de l'extérieur de la Nouvelle-Écosse. Par conséquent, cette province est grandement désavantagée par un transfert par habitant.

Ce n'est pas le sujet dont il est question aujourd'hui, mais c'est ce qui m'a conduit à m'intéresser au financement par habitant. Nous nous trouvons actuellement dans une situation qui, en ce qui concerne les Canadiens âgés, évolue à un rythme très inégal au pays. À titre d'exemple, de 1956 à 2006, la population âgée de Terre-Neuve, c'est-à-dire celle de plus de 65 ans, est passée de 6 à 13,9 p. 100 de la population générale, soit une augmentation de 7,9 p. 100. Parallèlement, la population âgée de l'Alberta a augmenté de 7,2 à 10,7 p. 100, une croissance de 3,5 p. 100. En conséquence, nous donnons maintenant beaucoup plus d'argent à l'Alberta pour sa population de plus de 65 ans que nous n'en donnons à Terre-Neuve.

Vous parlez de transfert de fonds égaux par habitant, puis vous utilisez les termes « traitement égal des Canadiens peu importe où ils habitent ». S'agit-il d'un traitement égal si l'argent donné à Terre-Neuve sert à beaucoup plus de personnes âgées que celui donné à l'Alberta?

Frank Vermaeten, directeur général, Bureau du sous-ministre adjoint, ministère des Finances Canada : C'est une question très intéressante et elle est traitée dans l'exposé de Mme Campbell. J'étudie cette question depuis longtemps aussi, quoique pas depuis 1961.

Évaluerons-nous un seul facteur pour déterminer l'allocation des transferts aux provinces? Si nous évaluons un facteur et faisons un rajustement pour ce seul facteur, aurons-nous un système de transfert plus équitable ou moins équitable? C'est comme une analyse d'équilibre partiel comparativement à une analyse d'équilibre général.

Vous pourriez décider, étant donné qu'il y a une proportion plus élevée de personnes âgées en Nouvelle-Écosse, de faire un rajustement à cette fin. Cependant, dans le calcul, compterez-vous le nombre d'étudiants comme vous le préconisez? Je soupçonne que Terre-Neuve aurait moins d'étudiants universitaires que l'Alberta. Vous rajusterez donc le transfert. Cela concerne l'aspect de la charge de travail. Puis, vous ferez un rajustement pour le nombre de personnes âgées, le nombre d'étudiants et également le nombre de jeunes enfants parce que les enfants vont à l'école primaire et secondaire. Par contre, comme il y a un grand nombre de personnes âgées à Terre-Neuve, il pourrait y avoir moins d'élèves qui fréquentent l'école primaire et secondaire. Par conséquent, ils obtiendront moins d'argent à cette fin tandis que l'Alberta en aura plus.

Dans une analyse d'équilibre partiel, nous pouvons le faire non seulement pour une chose, mais pour 100 choses, car dès que nous décidons d'effectuer un rajustement pour le nombre de personnes âgées et le nombre de jeunes qui vont à l'université, nous devons également le faire pour le nombre de chasse-neige et le nombre de routes. Encore une fois, c'est une question de charge de travail.

of support? How much paved road and gravel road should Newfoundland have versus Alberta? This becomes a slippery slope, and you have only looked at the workload factor.

The second aspect is the cost of providing those services. You have given me statistics on what has happened in terms of the number of seniors. Look at what has happened to the cost of living in Alberta and the cost of building a school. Real estate prices have skyrocketed in Alberta. In the last couple of years they have increased 50 or 60 per cent. If you want to build a new school or new seniors' home, it will cost you much more than it will cost in Newfoundland. Now you are starting to make an adjustment on the cost side. You will do the same thing for universities, snowploughs, et cetera. You must then decide how much you will pay workers, teachers, doctors, or people working in seniors' nursing homes. I do not know whether it is true, but I have heard that in Alberta they pay people \$20 an hour to work at McDonald's.

The cost of hiring people has increased, so then you have to make adjustments for that. If you do all that and magically obtain agreement on all those things — it would be a miracle to get agreement from the provinces to go forward on even a few measures — it is not clear what the results would be. In the end would Alberta or Ontario get less than Newfoundland or Nova Scotia? There are all kinds of papers and academic studies out there, and you get mixed results when they measure it because the cost of providing services tends to be higher if you simply look at the cost of living in the more populated provinces. For many academics, that outweighs the cost of the higher workload and numbers you may have to deal with than in Newfoundland and Nova Scotia.

The Chair: You have done a lot of apple and orange comparisons. For example, the federal government does not contribute to primary or secondary education, but does contribute to post-secondary education and a number of programs that specifically target seniors, such as New Horizons for Seniors Program. I am talking about federal programs and federal programs alone. I am not talking about equalization or provincially run programs. I am talking about federal dollars going to a province on a per capita basis, which may not be reflective of the needs of that particular province.

Mr. Vermaeten: You are right that there are general-purpose transfers, specific-purpose transfers and equalization which support all provincial services. It is true that you could say for equalization we are not going to take into consideration expenditure needs. The expenditure needs would include all the things I discussed: snowplows, primary and secondary education and so on. You could look at some general purpose ones, and you could look at the CST, which is there for covering a wide variety of things, social services of all kinds. You would probably want to set that aside and look at only at the Canada Health Transfer. Then I would come to the same question again. It is true that you could come along and take one variable and count the number of

Il faut donc se demander : quel est le montant approprié du financement? Combien de routes en asphalte et de routes en gravier devrait avoir Terre-Neuve par rapport à l'Alberta? Vous vous retrouvez sur une piste glissante et n'avez examiné que le facteur de la charge de travail.

Le deuxième aspect est le coût de prestation de ces services. Vous m'avez donné des statistiques sur le nombre de personnes âgées. Regardez ce qu'il en est du coût de la vie en Alberta et du coût de construction d'une école. Les prix de l'immobilier ont monté en flèche en Alberta. Au cours des dernières années, ils ont augmenté de 50 à 60 p. 100. Si vous voulez bâtir une nouvelle école ou une nouvelle résidence pour personnes âgées, il vous en coûtera beaucoup plus qu'à Terre-Neuve. Vous commencez à faire un rajustement du côté des coûts. Vous ferez la même chose pour les universités, les chasse-neige, et cetera. Vous devez ensuite décider combien vous paierez les travailleurs, les professeurs, les médecins ou les personnes qui travaillent dans des centres d'hébergement pour personnes âgées. Je ne sais pas si c'est vrai, mais j'ai entendu dire qu'en Alberta, on paie les gens 20 \$ de l'heure pour travailler chez McDonald's.

Les coûts d'embauche du personnel ont augmenté et il faut faire des rajustements en conséquence. Si vous faites tout cela et que, par magie, on est d'accord avec vous sur tous ces points — ce serait un miracle si les provinces approuvaient la mise en œuvre ne serait-ce que de quelques mesures —, on ne sait pas quels seront les résultats. En bout de ligne, l'Alberta ou l'Ontario recevront-elles moins que Terre-Neuve ou la Nouvelle-Écosse? Il existe toutes sortes de rapports et d'études universitaires, et ils présentent des résultats variables parce que le coût de prestation des services a tendance à être plus élevé si on ne tient compte que du coût de la vie dans les provinces plus peuplées. Pour de nombreux universitaires, cela l'emporte sur le coût de la charge de travail et les chiffres plus élevés avec lesquels il faut peut-être composer par rapport à Terre-Neuve et à la Nouvelle-Écosse.

La présidente : Vous avez à maintes reprises comparé des pommes et des oranges. Par exemple, le gouvernement fédéral ne finance pas l'enseignement primaire ou secondaire, mais il finance l'enseignement postsecondaire et divers programmes qui ciblent les personnes âgées, tels que le programme Nouveaux Horizons pour les aînés. Je parle des programmes fédéraux, à l'exclusion de tous les autres. Je ne parle pas de péréquation ni des programmes gérés à l'échelon provincial. Je parle des fonds fédéraux versés aux provinces par habitant, ce qui ne correspond peut-être pas aux besoins d'une province en particulier.

M. Vermaeten : Vous avez raison au sujet de l'existence des transferts à des fins générales, des transferts à des fins déterminées et de la péréquation qui appuient tous les services provinciaux. Il est vrai que, pour la péréquation, vous pourriez dire que nous n'allons pas prendre en considération les besoins en dépenses, c'est-à-dire tous les éléments dont j'ai discuté : les chasse-neige, l'enseignement primaire et secondaire et ainsi de suite. Vous pouvez tenir compte des transferts généraux, et vous pouvez tenir compte du Transfert canadien en matière de programmes sociaux, qui existe pour payer un large éventail de dépenses, notamment des services sociaux de toutes sortes. Il serait probablement préférable de mettre cela de côté et de se concentrer sur le

seniors, but I think my point would still stand. Have you made a more fair transfer system to provide support for provinces by looking at one thing? We are going to look at only the number of seniors for example, but we are not going to look at the cost of providing those services. Even if you could somehow imagine a way to measure the cost and the workload aspect, have you then made the system more or less fair by picking out one particular element?

The Chair: If you were looking to providing a senior citizen's home in Calgary, even the land cost would be much more significant than perhaps in Newfoundland that you would have to do that. Interestingly enough, the provinces where things like land value are the most expensive also happen to be "have" provinces in this country as opposed to "have-not" provinces. It is the "have-not" provinces with the greatest increase of senior populations, with the exception of British Columbia. Atlantic Canada has a great senior population because, quite frankly, the young people of those provinces are leaving to find work in other parts of the country. The elderly far out number the young in the Atlantic provinces.

Senator Cordy: I am from Nova Scotia, born, raised and still living, so I will continue along this line of questioning. I will not touch the post-secondary issue because this is the committee for aging. I will continue along with how much weight should be given to any one factor.

Ms. Campbell, you referred to the O'Brien report. Maybe 1 per cent of the population understands the O'Brien report. I am trying to, but it is challenging when you are not an economist, and I am sure two economists could read it and give you different two different viewpoints. You did mention a couple of things. If you weight things, the O'Brien report says it would increase the complexity of equalization. Mr. Vermaeten gave his explanation of that. You also said the measurement of need can be intrusive, and I was not sure what you meant by that remark. How could the measurement of need be intrusive? I believe that is what you said. I jotted it down when you were talking. In the Atlantic provinces, Senator Carstairs explained that we have a higher percentage of seniors. Looking at the need of seniors in Nova Scotia or the Atlantic provinces, could you explain how measuring and looking after that need could be considered intrusive?

Ms. Campbell: The answer has to do with how provinces determine what services to provide. If we try to measure expenditure need, we would look at how many individuals need the service and whether the indicator we are going to use is the number of seniors between 65 years and 75 years or the number of seniors 75 years and older. We could look at

Transfert canadien en matière de santé. J'en arriverais ensuite à la même question. Il est vrai que l'on peut prendre une variable et compter le nombre de personnes âgées, mais je pense que mon point serait toujours valable. Avez-vous conçu un système de transfert plus juste pour offrir du soutien aux provinces en ne tenant compte que d'un facteur? Nous n'allons par exemple prendre en considération que le nombre d'ainés, mais nous n'allons pas tenir compte du coût de prestation des services. Même si vous pouviez imaginer d'une manière ou d'une autre une façon de mesurer les coûts et la charge de travail, avez-vous rendu ce système plus ou moins juste en mettant l'accent sur un facteur en particulier?

La présidente : Si on envisageait de construire une résidence pour personnes âgées à Calgary, même le prix des terrains y serait beaucoup plus élevé que par exemple à Terre-Neuve. Chose intéressante, les provinces où, notamment, les prix des terrains sont les plus élevés sont les provinces « riches » par opposition aux provinces « pauvres ». Ce sont les provinces « pauvres » qui connaissent la plus forte croissance de la population des personnes âgées, exception faite de la Colombie-Britannique. Le Canada atlantique a une forte population d'ainés parce que, tout simplement, les jeunes de ces provinces quittent leur région pour trouver du travail ailleurs au pays. Le nombre d'ainés dépasse nettement le nombre de jeunes dans les provinces de l'Atlantique.

Le sénateur Cordy : Je suis née en Nouvelle-Écosse, j'y ai grandi et j'y habite toujours; je vais donc poursuivre sur ce sujet. Je ne vais pas parler de l'enseignement postsecondaire puisque notre comité porte sur le vieillissement. Je vais plutôt discuter de l'importance qu'il convient d'accorder à chacun des facteurs.

Madame Campbell, vous avez mentionné le rapport O'Brien. Peut-être que 1 p. 100 de la population comprend le rapport O'Brien. J'essaie de le comprendre, mais il s'agit d'un document complexe quand on n'est pas économiste, et je suis certaine que deux économistes pourraient le lire et vous donner deux points de vue différents. Vous avez mentionné deux points. Le rapport O'Brien dit que la mesure des divers facteurs accroîtrait la complexité de la péréquation. M. Vermaeten a donné son explication de ce phénomène. Vous avez également déclaré que la mesure des besoins peut être intrusive, et je n'étais pas certaine de ce que vous entendiez par cela. De quelle façon la mesure des besoins pourrait-elle être intrusive? Je pense que c'est ce que vous avez dit. Je l'ai noté lorsque vous parliez. Le sénateur Carstairs a expliqué qu'il y a un taux plus élevé de personnes âgées dans les provinces de l'Atlantique. En ce qui concerne les besoins des personnes âgées en Nouvelle-Écosse ou dans les autres provinces de l'Atlantique, pouvez-vous expliquer comment le fait de mesurer les besoins et d'y répondre pourrait être considéré comme intrusif?

Mme Campbell : La réponse concerne la façon dont les provinces déterminent les services à offrir. Si nous essayons de mesurer les besoins en dépenses, il nous faudrait connaître le nombre de personnes qui ont besoin du service et savoir si l'indicateur que nous allons utiliser est le nombre de personnes âgées de 65 à 75 ans ou le nombre d'ainés de 75 ans et plus. Nous

census figures. Whether those are the right numbers is a judgment call, but there is no measurement issue. We have standard numbers we can use.

We say we will determine the cost of providing services, so we need to determine what services that provinces provide. Is it a home care system or a daycare program? Are there transportation-related programs for seniors? For example, is this about providing certain drugs that seniors have a specific need for and difficult to access? What is the gamut of services for seniors we are considering and what level of service do you want to provide? Are we indicating that we want to ensure home visit services that will come four days a week? If we determine that is the average standard appropriate for social services, we can determine how much it would cost to have this home care worker come in four times a week, but is that what provinces are saying they want? Do provinces want someone available to come in every day or only once or twice a week, and is it up to the federal government to try and measure that service provision? Is that really the point?

Provinces determine what services they want to provide, how generous they want those services to be and what the targeted populations are. In order to come up with some way to effectively equalize them, the federal government would need to measure and compare those programs. Is that an appropriate federal role? That is sort of the question about intrusiveness. Even with respect to measuring across provinces, we see this with the health accords pushing to have greater use of common indicators so individuals can compare their health care services from province to province. Provinces are making headway in terms of coming up with common indicators, but it is not easy to agree on the indicators and measure and report on them. The same thing would need to be done for social assistance, seniors programs and whatever area of expenditure need we are considering.

Senator Cordy: Are you suggesting that there be no national standards or policies for seniors?

Ms. Campbell: No. We have linked major federal transfers to the broad criteria and conditions of the Canada Health Act and to the requirement that there be no residency requirement for social assistance. If we were to move into a different regime, that would be a large, broad policy question, and it should not be done simply by making a technical change to the transfers. It is something that would merit national debate.

Senator Cordy: What about targeting funding specifically for seniors? I was on the committee that earlier studied Canada's health care system, and we discovered, unfortunately, that there was money sent to the provinces for health care that was not necessarily used for health care. It was used for roads or whatever. I can remember one situation where money was sent for health

pourrions étudier les chiffres du recensement. La question de savoir si ces chiffres sont ceux qu'il faut est une interprétation subjective, mais il n'y a aucun problème en ce qui a trait à la mesure. Nous avons des chiffres officiels que nous pouvons utiliser.

Si nous voulons déterminer le coût de la prestation des services, nous allons devoir déterminer quels sont les services offerts par les provinces. S'agit-il d'un système de soins à domicile ou d'un programme de garde de jour? Y a-t-il des programmes pour le transport des aînés? Par exemple, veut-on offrir certains médicaments dont les personnes âgées ont besoin et qu'elles ont de la difficulté à se procurer? Quelle est la gamme de services pour personnes âgées que nous allons prendre en considération et quel niveau de service souhaitons-nous offrir? Sommes-nous en train de dire que nous voulons assurer des services de visite à domicile quatre jours par semaine? Si nous déterminons qu'il s'agit de la norme moyenne appropriée pour les services sociaux, nous pouvons établir les coûts associés à quatre visites par semaine, mais cela correspond-il bien à ce que les provinces disent vouloir? Les provinces veulent-elles quelqu'un prêt à venir chaque jour ou seulement une ou deux fois par semaine, et est-ce au gouvernement fédéral d'essayer de mesurer les coûts de la prestation de ces services? Est-ce là l'essentiel?

Les provinces déterminent les services qu'elles veulent offrir, l'ampleur de ces services et les populations cibles. Afin de trouver une façon d'en assurer la péréquation efficace, le gouvernement fédéral aurait besoin de mesurer et de comparer ces programmes. Est-ce là un rôle qui convient au fédéral? C'est là qu'intervient le caractère intrusif. Même en ce qui a trait à la mesure entre les provinces, nous voyons que les accords en matière de santé tentent de favoriser l'utilisation d'indicateurs communs afin de que l'on puisse comparer les services de soins de santé des diverses provinces. Pour ce qui est d'établir des indicateurs communs, les provinces font des progrès, mais il n'est pas facile de s'entendre sur les indicateurs, les éléments de mesure et la façon de les communiquer. La même procédure devrait être appliquée pour l'aide sociale, les programmes pour les aînés et tous les besoins en dépenses que nous examinons.

Le sénateur Cordy : Proposez-vous de n'avoir aucune norme ni politique nationale pour les aînés?

Mme Campbell : Non. Nous avons établi un lien entre les principaux transferts fédéraux et les conditions et critères généraux de la Loi canadienne sur la santé et l'obligation selon laquelle il ne doit pas y avoir d'exigence en matière de résidence pour l'aide sociale. Si nous passions à un régime différent, il s'agirait d'une vaste question de politique générale, et il ne faudrait pas la résoudre simplement en apportant un changement technique aux transferts. Elle devrait alors faire l'objet d'un débat national.

Le sénateur Cordy : Serait-il possible de réserver des fonds pour les aînés? Je faisais partie du comité qui a étudié le système de soins de santé du Canada, et nous avons malheureusement découvert que des fonds versés aux provinces pour les soins de santé n'ont pas nécessairement été utilisés à cette fin. Ils ont été employés pour les routes ou quelque chose d'autre. Je me souviens

care equipment and used at one hospital in one province to buy lawn mowers for the hospitals. Maybe technically you could say that lawn mowers for a hospital fall into the category of medical equipment, but I do not think that was the intent when the money was forwarded to the provinces.

What about targeting money for seniors or for having some strings attached when the federal government forwards money to the provinces? How do you feel about that, and how would O'Brien feel about that?

Ms. Campbell: I do not believe the O'Brien report really strayed far from the considerations of equalization, that it was important that the have-not provinces receive a sufficient amount through equalization to be able to provide that basic level of services, which includes services for seniors.

With respect to targeted funding, there have been issues in the past, for example, one of the first medical equipment funds, and unfortunately, sometimes the communication coming out from the transfers is difficult.

When we look at health care, for example, provinces spend close to \$100 million. The federal transfer is \$21 billion, and there are targeted support measures on top of that. Provinces spend as much as the federal government gives them and more on health care, so the money is going where it is supposed to be going.

However, regarding increased targeted transfers for provinces for specific areas — we have had recent examples with respect to child care. In the provinces and territories, the ministers responsible for child care have come together. They have had discussions and framework agreements. Interestingly, the money that is committed flows through the Canada Social Transfer to ensure the greatest amount of flexibility to provinces and territories. That is the consensus among the social services ministers, among the first ministers at the discussions on child care funding, and then provinces report to their residents on how they use that funding. That has been the model that we have been using in the federation for new fiscal arrangements with respect to transfers.

Senator Cordy: When you look at transfers and you say they report to their residents, the form of accountability would be reporting directly, is that right? The Nova Scotia government, for example, would report to the people of Nova Scotia.

Ms. Campbell: Yes. Many of the health accords and the child care framework agreements have specific requirements about reporting, listing some common indicators and deadlines for when they would like to see provinces moving toward using these common indicators. Child care reporting is one of the better examples we have seen in the last years. Annual reports come out. There are delays perhaps in terms of how quickly the

d'une situation où les fonds versés pour de l'équipement de santé ont été utilisés pour un hôpital d'une province afin d'acheter des tondeuses à gazon. Vous pourriez peut-être dire que sur le plan technique les tondeuses à gazon font partie des équipements médicaux, mais je ne crois pas qu'il s'agissait de l'utilisation prévue lorsque ces fonds ont été versés aux provinces.

Serait-il possible de réserver de l'argent pour les aînés ou d'établir certaines conditions lorsque le gouvernement fédéral verse de l'argent aux provinces? Qu'en pensez-vous, et que pensez-vous qu'O'Brien dirait de tout cela?

Mme Campbell : Je ne pense pas que le rapport O'Brien se soit beaucoup éloigné des principes de la péréquation, c'est-à-dire qu'il était important que les provinces « pauvres » reçoivent suffisamment de fonds par l'entremise de la péréquation pour être en mesure d'offrir un niveau de services de base, y compris des services pour les aînés.

En ce qui concerne le financement ciblé, il y a eu des problèmes par le passé. On peut citer comme exemple l'un des premiers fonds pour l'équipement médical. De plus, malheureusement, la communication relative aux transferts est parfois difficile.

Dans le cas des soins de santé, les provinces dépensent près de 100 millions de dollars. Le transfert fédéral s'élève à 21 milliards de dollars, et à cela s'ajoutent des mesures de soutien ciblées. Les provinces dépensent autant que ce que le gouvernement fédéral leur donne, et plus pour les soins de santé. Alors, les fonds vont où ils doivent aller.

Toutefois, en ce qui concerne l'augmentation des transferts ciblés aux provinces dans des secteurs spécifiques — nous avons vu des exemples récents relativement aux services de garde. Dans les provinces et les territoires, les ministres responsables des services de garde se sont réunis. Ils ont tenu des discussions et établi des ententes cadres. Il est intéressant de noter que les fonds engagés passent par le Transfert canadien en matière de programmes sociaux afin d'assurer le plus de souplesse possible pour les provinces et les territoires. C'est là le consensus qui s'est dégagé parmi les ministres responsables des services sociaux, de même que parmi les premiers ministres lors des discussions sur le financement des services de garde. Et les provinces rendent compte de leur utilisation de ces fonds à leurs citoyens. C'est le modèle que nous avons utilisé au sein de la fédération dans le cadre des nouvelles ententes fiscales relatives aux transferts.

Le sénateur Cordy : Quand vous parlez des transferts et que vous dites qu'elles en rendent compte à leurs citoyens, cette reddition de compte se ferait directement, est-ce bien cela? Par exemple, le gouvernement de la Nouvelle-Écosse rendrait compte aux citoyens de la Nouvelle-Écosse.

Mme Campbell : Oui. Bon nombre des accords sur les soins de santé et les ententes cadres sur les services de garde comportent des exigences spécifiques en matière de reddition de compte : indicateurs communs et dates limites à compter desquelles on aimerait voir les provinces commencer à utiliser ces indicateurs communs. La reddition de compte en matière de services de garde constitue un des meilleurs exemples des dernières années. Les

information gets out. There is information that goes from all of the provincial departments through their legislative assemblies, much like our departmental reports in the parliamentary system.

Mr. Vermaeten: I will supplement that with one important thing. Ms. Campbell is absolutely right. From time to time, money has been put into transfers, but the general trend here is to work with provinces to determine a collective purpose for what to do with that money, but the allocation itself is still equal per capita. For example, money is provided for electronic health records, for creation of child care spaces and various other things. However, when you are using the major transfers, the approach has been to provide the money on an equal per capita basis.

That does not preclude the federal government from having other transfers for specific purposes, whether it is transfers to individuals or other levels of government. There are many instruments that governments can use, but the overall trend has been, if you look at the relationship between the federal government and the provinces, one of cost sharing where, de facto, it was intrusive. The province submits a bill saying that it has just spent money on a seniors home and thus the federal government should pay half because it is eligible for cost sharing, and a federal administrator says this one is eligible and that one is not. That process has moved to providing block transfers that reflected the allocation of past spending patterns, and that has moved to equal per capita allocation, where, as Ms. Campbell said, the accountability is one of provinces to the people in the province. Therefore, many things are possible, but there is that overall trend, and it is, arguably, a good trend in terms of maturing of the federation.

Senator Cordy: I should like to get back to the point that Senator Carstairs made earlier, namely, the weighted per capita. If we look at provinces other than British Columbia, they are the have-not provinces. How are we to expect that Newfoundland, Nova Scotia, New Brunswick and P.E.I. will provide equal treatment for their seniors under the Canada Health Act if they are being given money per capita and not looking at some of the other "weights," as you referred to them?

Ms. Campbell: It is a broad policy question, but the transfers are designed to provide the flexibility to provinces to create health care programs and social programs that reflect the policy choices and the preferences of their respective residents, that they are not expected to create a program reflecting a national standard that has not been agreed to. As provinces move forward on designing and delivering their programs, they have federal support and they are able to raise their own source revenues, they have equalization to ensure the revenues are there. There are disparities across provinces in terms of geography and dispersion, and these are not taken into account in the health and social transfer, in the sense

rapports annuels sont publiés. Il y a des retards, peut-être dus à la vitesse de diffusion de l'information. L'information de tous les ministères provinciaux est transmise à l'assemblée législative de ces derniers; ça ressemble beaucoup au cheminement de nos rapports ministériels dans le système parlementaire.

M. Vermaeten : J'ajouterais à cela une chose importante. Mme Campbell a tout à fait raison. De temps à autre, des fonds ont été utilisés pour des transferts, mais la tendance générale est de travailler avec les provinces afin de déterminer une vision collective pour l'utilisation de ces fonds, mais l'attribution elle-même se fait encore selon un montant égal par habitant. Par exemple, des fonds sont fournis pour la mise en œuvre de dossiers de santé électroniques, pour la création de places en garderie et diverses autres choses. Cependant, quand vous utilisez les principaux transferts, l'approche adoptée est le versement d'un montant égal par habitant.

Cela n'empêche pas le gouvernement fédéral d'effectuer d'autres transferts à des fins spécifiques, qu'il s'agisse de transferts à des personnes ou à d'autres ordres de gouvernement. Les gouvernements peuvent utiliser différentes méthodes, mais la tendance générale, si on regarde la relation entre le gouvernement fédéral et les provinces, est le partage des coûts dans des cas où, de fait, c'était envahissant. La province soumet sa facture en disant qu'elle vient tout juste d'affecter des fonds à une habitation pour personnes âgées et que, par conséquent, le gouvernement fédéral devrait payer la moitié des dépenses parce qu'elles sont admissibles au partage de coûts, et un administrateur fédéral dit que celles-ci sont admissibles et pas celles-là. Ce processus a mené à des transferts en bloc, qui reflètent les habitudes de dépense antérieures et qui ont donné lieu au versement d'un montant égal par habitant, au sujet duquel, comme Mme Campbell l'a expliqué, les provinces rendent compte à leurs citoyens. Par conséquent, plusieurs choses sont possibles, mais il y a une tendance générale, qui est, sans doute, positive du point de vue de la maturité de la fédération.

Le sénateur Cordy : J'aimerais revenir sur le point soulevé par le sénateur Carstairs un peu plus tôt, soit la pondération fondée sur le nombre d'habitants. Si on examine les provinces autres que la Colombie-Britannique, on retrouve les provinces moins bien nanties. Comment pouvons-nous nous attendre à ce que Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard offrent un traitement égal à leurs aînés en vertu de la Loi canadienne sur la santé si on leur donne des fonds par habitant sans tenir compte des autres « facteurs de pondération » dont vous avez parlé?

Mme Campbell : C'est une vaste question d'orientation, mais les transferts sont conçus de manière à fournir aux provinces la souplesse nécessaire pour mettre en œuvre des programmes de soins de santé et des programmes sociaux qui reflètent les choix et les préférences de leurs citoyens en matière de politique. On ne s'attend pas à ce que les provinces élaborent un programme qui reflète une norme nationale qui n'a pas été convenue. À mesure que les provinces conçoivent et offrent leurs programmes, elles ont un appui du gouvernement fédéral et elles sont en mesure de générer leurs propres recettes; elles ont la péréquation pour assurer la disponibilité des fonds. Il existe des écarts entre les

that the discussions have taken place on how many variables would need to be considered and whether it is worth it trying to make all the adjustments to the transfers. On the other hand, do we say that the best proxy of need is looking at how many people are in your province or territory, and the different pressures — more youth, more need for child care services, more need for support for seniors, post-secondary education — all tend to come out roughly the same, namely, that provinces and territories do not need to worry about how to design and deliver the program to see if they can effectively ensure that their programs help to get more money for them out of the health and social transfer because they are weighted.

It is a bit of the balance between the policy discussion, which is broad — provinces and territories make the choice — and simplicity. Maybe there is some trade-off as a result of the fact that different factors are not taken into account but the agreement is there that, overall, per capita, population, is the best proxy of need.

Mr. Vermaeten: I will supplement that. The important part is that you do have equalization, and if you believe that equalization is doing what it is supposed to do, it brings all provinces to the same level of capacity. It is true that before equalization a province like Prince Edward Island has much lower capacity to deliver services, much less revenues than, say, Ontario or British Columbia, but post-equalization their fiscal capacities in terms of revenues are virtually identical. The only thing at issue then is the cost — and again, you can measure a workload factor, namely, number of seniors, but then you also have to measure the cost of providing that service. If you take Ontario and P.E.I. or Nova Scotia and Newfoundland, they have virtually identical revenue-raising capacity after equalization. Let us say the amount is \$6,400 per capita, give or take a couple of bucks. You might say now that province X has more seniors but it costs province Y more to provide those services.

[Translation]

Senator Chaput: Still with respect to the per capita funding formula, to my way of thinking, Canada is a federation and as a federation, certain standards should be federal standards. You say that age is only one factor among many others. That may be true, but seniors have never accounted for a higher percentage of the Canadian population than they now do and the numbers will increase.

Should this particular factor not be looked at more closely?

There are more senior citizens than ever before and in those provinces with higher concentrations of seniors, I think this factor has other implications.

provinces sur les plans de la géographie et de la répartition, et ces facteurs ne sont pas pris en compte lors des transferts en matière de santé et de services sociaux, en ce sens que des discussions ont eu lieu à propos du nombre de facteurs à prendre en considération et de l'utilité d'essayer d'apporter toutes les modifications aux transferts. Par contre, dit-on que la meilleure manière de mesurer le besoin est de tenir compte du nombre de personnes qui vivent dans une province ou un territoire et des différentes influences — plus de jeunes, un besoin plus grand de garderie, un besoin accru pour l'appui aux aînés et aux études postsecondaires? — Ça revient plus ou moins à la même chose, c'est-à-dire que les provinces et les territoires n'ont pas à se préoccuper de la manière dont ils conçoivent et offrent un programme pour s'assurer que cela les aidera à obtenir davantage de fonds des transferts en matière de santé et de services sociaux, en raison de la pondération.

C'est un peu l'équilibre entre la discussion sur l'orientation, qui est vaste — les provinces et les territoires décident — et la simplicité. Il y a peut-être un compromis puisque différents facteurs ne sont pas pris en compte, mais on convient que, dans l'ensemble, la pondération fondée sur le nombre d'habitants, la population, est la meilleure mesure du besoin.

M. Vermaeten : J'ajouterai qu'il est important de noter que la péréquation existe; si la péréquation donne les résultats escomptés, elle assure à toutes les provinces la même capacité. C'est vrai qu'avant la péréquation, une province comme l'Île-du-Prince-Édouard est moins en mesure de fournir des services, qu'elle a moins de revenus que l'Ontario ou la Colombie-Britannique, par exemple. Mais après la péréquation, sa capacité fiscale de produire des revenus est pratiquement identique. Le seul problème est le coût — et encore là, on peut mesurer le facteur lié à la charge de travail, soit le nombre de personnes âgées, mais alors on doit aussi déterminer le coût de la prestation de ce service. Par exemple, l'Ontario et l'Île-du-Prince-Édouard ou la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve ont pratiquement la même capacité fiscale après la péréquation. Disons que le montant est environ 6 400 \$ par habitant. On peut dire que la province X compte davantage de personnes âgées, mais que la prestation de ces services coûte davantage à la province Y.

[Français]

Le sénateur Chaput : Je veux continuer dans la même veine s'agissant de formule de financement par habitant. Pour moi, le Canada est une fédération et, comme fédération, certaines normes devraient être fédérales. Vous dites que le facteur de la personne âgée n'est qu'un facteur parmi tant d'autres. C'est vrai, mais jamais le Canada n'a fait face à un aussi haut pourcentage de personnes âgées que présentement, et cela va augmenter.

N'est-ce pas justement un facteur qui ressort parmi tous les autres et qui devrait être pris en considération de façon plus particulière?

Il y a davantage de personnes âgées qu'auparavant et, dans le cas des provinces où le pourcentage de personnes âgées est plus élevé, je pense que ce n'est pas seulement un facteur parmi tant d'autres, mais qu'il en entraîne d'autres également.

It is a recognized fact that some seniors live well below the poverty line. It is also no secret that many of the seniors who fall into this category are women and that often, they are poorer and more isolated. In some provinces, seniors live in remote regions. Isolation can lead to depression and illness and travel can be a very costly proposition.

Furthermore, these provinces have lower revenues because poorer seniors pay less tax as a result of their lower income. They consume less as well. All of these factors must be taken into consideration by the provinces that have a higher percentage of seniors.

I would like to hear your views on the subject. What do you think about this?

[English]

Mr. Vermaeten: Those are all good and important points. Yes, the aging population is certainly a major issue that we have to confront, and there are many associated costs. We are back to the same answer again. This is a major factor, and there are several other major factors. You could say, we will not look at the other major factors, such as the number of students, we will look at only one — seniors. Does this make the system fair?

The challenge is how to adjust for these differences in costs. Some programs within the government already do that automatically. For example, the GIS and OAS systems automatically transfer to individuals. They are income-tested and will automatically go to the seniors. As the number of seniors in a province increases, that province will benefit from more support. There is something in place for that.

We return to the question of whether simply counting the number of seniors in each province and therefore giving more money to that province increases or decreases the fairness. Given that there is a fixed pot of money to give to provinces, you will now give some provinces more because they have more seniors. Does it make it fairer if you have not taken into account the cost of providing that service?

It is true that low-income seniors will pay less tax, but the equalization program does account for that; so if you have more seniors and they are paying less tax, that province will be eligible for more equalization. There is an automatic compensation that already happens on that front.

Senator Chaput: If a province has a higher degree of poverty in its elderly population, would you say that that could be a factor? If, as an example, 75 per cent of a province's elderly people are considered to be in poverty whereas only 20 per cent of the elderly of another province are considered to be in poverty, does that not make a difference?

Nous savons très bien qu'il y a un haut niveau de pauvreté parmi certaines des personnes âgées. Nous savons aussi que bien de ces personnes âgées sont des femmes et qu'elles sont souvent plus pauvres et plus seules. Dans certaines de ces provinces, les personnes âgées demeurent dans des régions éloignées. L'isolement est un facteur de déprime et de maladie et les déplacements sont très dispendieux.

De plus, ces provinces ont moins de revenus parce que les personnes âgées plus pauvres que la moyenne paient moins d'impôts puisqu'elles n'ont pas d'argent et, de fait, consomment moins. Tous ces facteurs doivent être pris en considération par ces provinces qui ont un plus haut niveau de population âgée que celui d'autres provinces.

J'aimerais connaître votre opinion à cet égard; qu'en pensez-vous?

[Traduction]

M. Vermaeten : Ce sont tous des points pertinents et importants. Oui, le vieillissement de la population est un enjeu important auquel nous devons faire face, et auquel sont associés de nombreux coûts. Nous obtenons encore la même réponse. C'est un facteur important, et il existe plusieurs autres facteurs importants. On pourrait décider de ne pas se pencher sur les autres facteurs importants, comme le nombre d'étudiants, et d'examiner un seul facteur — les personnes âgées. Est-ce que ça rend le système juste?

La difficulté, c'est d'adapter le tout en fonction des coûts différents. Certains programmes gouvernementaux le font déjà automatiquement. Par exemple, le SRG et la SV sont automatiquement transférés aux personnes. Ils sont fondés sur le revenu et sont envoyés automatiquement aux personnes âgées. À mesure que le nombre de personnes âgées augmentera, la province obtiendra davantage de soutien. C'est prévu.

Encore une fois, il s'agit de déterminer si verser davantage de fonds à une province en fonction du nombre de personnes âgées qui y vivent rend le processus plus ou moins juste. Étant donné que le montant à verser aux provinces est fixe, on donnera davantage à certaines provinces parce qu'elles comptent plus de personnes âgées. Est-ce plus juste si on ne tient pas compte du coût de la prestation de ce service?

Il est vrai que les personnes âgées à faible revenu paieront moins d'impôts, mais le programme de la péréquation n'en tient pas compte : donc, si un plus grand nombre d'ainés paient moins d'impôts, la formule de péréquation pour la province sera plus avantageuse. Il y a déjà un mécanisme compensatoire qui s'applique automatiquement dans ce cas.

Le sénateur Chaput : Si le taux de pauvreté chez les aînés est plus élevé dans une province, est-ce que vous pensez que cela sera un facteur? Si, par exemple, 75 p. 100 des personnes âgées de la province sont considérées comme vivant sous le seuil de la pauvreté, alors que dans une autre province, cette proportion se chiffre à 20 p. 100, cela ne fait-il pas une différence?

Mr. Vermaeten: Yes, I would say it absolutely does. However, from an equalization perspective, to the extent that a province has a low number of seniors paying taxes because 75 per cent are living in poverty, that province will then be appropriately compensated, so that it has the same amount of revenues as the province with 20 per cent seniors.

You can argue that, yes, they now have to provide these services, and that is when we are back to how much it costs to provide those services and whether we can measure it. Then are you making the system fairer by compensating for one specific cost. Ms. Campbell will add to that.

Ms. Campbell: I have two points. One is with respect to the aging of the population, and we have seen under the health accords that first ministers and health ministers were clearly concerned with the impact of the aging population. One of the three priorities of the health accords is home care and home care reform, primary care reform, and home care in particular with respect to having people appropriately cared for in a setting that is less expensive than a hospital and trying to approach the aging of the population from the policy perspective of what services can be provided.

My second point is with respect to the investments in the health transfers. They have been considerably increased. The have-not provinces, because of the way the tax transfers are handled, receive considerably more cash — equal per capita total entitlements but considerable cash entitlements — compared to the have provinces, where tax transfers are worth so much more.

Senator Keon: This is a fascinating discussion. When it comes to equalization, no one with a social conscience can argue against it.

Transfer payments are such a blunt instrument that there is a tremendous waste and they are horrendously inefficient. We have certainly seen that in health.

As it relates to seniors, we have a problem. It is all very fine to sit there and say, "We have tweaked the transfer payments here and there," and so forth, but the reality is that nothing is being done for seniors at the end of the day.

The federal government under the Charter says that everyone has the right to health, and it is implicit when you say that they have the right to food and shelter. Many seniors do not have appropriate food and shelter, and nothing is being done about it, because we are going to give the provinces money

M. Vermaeten : Oui, je dirais qu'il y a certainement une différence. Toutefois, du point de vue de la péréquation, dans la mesure où une province compte un nombre peu élevé de personnes âgées qui paient des impôts parce que 75 p. 100 d'entre elles sont pauvres, le montant du transfert versé à la province sera établi en conséquence. Le montant des revenus est donc le même que celui d'une province qui ne compte que 20 p. 100 de personnes âgées qui sont pauvres.

On peut avancer que les provinces doivent effectivement fournir ces services, et cela nous oblige à revenir sur la question du coût de ces services et de notre capacité d'évaluer ces coûts. C'est ainsi qu'on rend le système équitable, grâce à un mécanisme de compensation qui tient compte d'un coût précis. Mme Campbell en dira davantage sur le sujet.

Mme Campbell : J'ai deux points à aborder. Premièrement, en ce qui a trait au vieillissement de la population, on a constaté dans le cadre des accords sur la santé que le premier ministre du Canada et les premiers ministres provinciaux ainsi que les ministres de la santé sont manifestement préoccupés par les répercussions de ce vieillissement. Parmi les trois priorités des accords sur la santé, on compte les soins à domicile et la réforme des soins à domicile, c'est-à-dire la réforme des soins primaires, et en particulier les soins à domicile, car cela permet de bien s'occuper des gens dans un milieu qui coûte moins cher que le milieu hospitalier tout en considérant le vieillissement de la population d'un point de vue stratégique pour déterminer quels services peuvent être offerts.

Deuxièmement, je parlerai des investissements dans les transferts en matière de santé. Ils ont augmenté considérablement. Compte tenu de la façon dont on calcule les transferts fiscaux, les provinces moins bien nanties ont reçu beaucoup plus d'argent — le montant total des droits par habitant est le même, mais les droits en argent sont considérables — par comparaison avec les provinces plus riches, où les transferts fiscaux valent beaucoup plus.

Le sénateur Keon : Cette conversation est captivante. Lorsqu'il est question de péréquation, il est impossible pour quiconque ayant une conscience sociale de présenter des arguments pour s'y opposer.

Les paiements de transfert constituent un instrument si grossier qu'ils entraînent d'énormes pertes et qu'ils sont épouvantablement inefficaces. Le dossier de la santé en est un bel exemple.

Pour ce qui est des personnes âgées, nous avons un problème. C'est facile de dire entre autres que « nous avons modifié légèrement ici et là quelques éléments des paiements de transfert », mais en réalité, au bout du compte, rien n'est fait pour aider les aînés.

Le gouvernement fédéral, en invoquant la Charte, dit que tous ont droit à la santé, ce qui signifie, par le fait même, que tous ont le droit de se loger et de se nourrir. Bon nombre de personnes âgées ne mangent pas à leur faim et n'ont pas de logement décent, et on ne fait rien pour changer cela, parce que nous allons donner

and that is their responsibility; they can do what they like about it. Provinces must preserve their flexibility.

It is true that through special programs and special instruments the federal government can step up to the plate on occasion and institute a program, but they are frightened about that as well because they do not want to leave the provinces holding the bag when they step out, when the sun sets in five or 10 years.

Here is the dilemma for a committee such as ours: We would like to write some recommendations that would have a real effect on the lives of seniors. This is a unique time in the historical evolution of our country. It probably will not occur again for a while. When we get through the bulge, we will have time to breathe and time to adjust, and we will not get caught in this.

There should be much more of an emphasis from Finance Canada on leadership — leadership with commitment and leadership with money. Forget about the sunset. Solve the problems of the day. There are plenty of resources in the country to help us solve those problems of the day. It is unthinkable that, in a country like this, we have old people without a decent meal in the evening, without a decent bed to lie in and without a decent house. That is not expensive. If this were organized at the community level, and if the Government of Canada would encourage the organization of this at the community level, many of these problems could be overcome.

A few years ago, I visited President Carter at one of his projects, where he was there with his wife. He had a carpenter's apron on and he was building houses for poor people. He was no longer president, so he could not build enough of them, but he was doing his bit. I think the housing problem for seniors in Canada could be solved very quickly. It is just that we have this tremendous, insufferable inertia through federal-provincial community relations or federal-provincial-civic community relations. Getting to the ground with a program is almost impossible.

You were very good, Ms. Campbell. I thought you preached your gospel very well. You were also good, Mr. Vermaeten. You know your stuff and answered questions very well. I am not underestimating what you know. However, I do not agree with your message. What I want to hear from you is your thoughts — and let us just focus on the housing program for seniors. Let us not even move into the property thing and the food banks, and all of that stuff. Let us leave that for another day. Let us just talk about housing and giving a senior a decent place to go to when it is 30 below zero. I want to hear what you have to say about that.

Ms. Campbell: You started your comments with a very astute observation, which is that these are very broad fiscal arrangements and they are not fine tools to target an individual

de l'argent aux provinces et qu'il s'agira de leur responsabilité. Les provinces peuvent en disposer comme elles veulent. Elles doivent continuer de jouir de leur souplesse.

Il est vrai qu'avec des programmes et des instruments spéciaux, le gouvernement fédéral peut faire sa part à l'occasion et instaurer un programme, mais il a peur de le faire, parce qu'il ne veut pas refiler la facture aux provinces lorsque son programme arrivera à échéance au bout de cinq ou dix ans.

C'est là le dilemme auquel est confronté un comité comme le nôtre : nous aimerions formuler quelques recommandations qui apporteraient des changements concrets dans la vie des personnes âgées. Il s'agit d'un moment unique dans l'histoire de notre pays. Cette occasion ne se représentera probablement pas de sitôt. Lorsque la période de pointe sera passée, on aura le temps de souffler et de s'ajuster et on ne sera pas aux prises avec ce problème.

Il faudrait insister davantage pour que le ministère des Finances du Canada exerce un leadership, tant sur le plan des engagements que des finances. Oubliez qu'il y a une date d'échéance aux programmes. On doit résoudre les problèmes actuels. Le pays a une multitude de ressources pour nous aider à résoudre les problèmes auxquels nous sommes confrontés maintenant. Il est impensable, dans un pays comme le nôtre, que des personnes âgées se couchent le soir le ventre vide, sans avoir de lit ni de logement décent. Tout cela ne coûte pas cher. Si on s'organisait à l'échelon communautaire, et si le gouvernement du Canada encourageait une telle mobilisation, beaucoup de ces problèmes seraient résolus.

Il y a quelques années, je me suis rendu sur les lieux d'un des projets auxquels travaillait l'ancien président Jimmy Carter pour le rencontrer, lui et sa femme. Il portait un tablier de menuisier et construisait des maisons pour les gens pauvres. Il n'était plus le président des États-Unis, et donc ne pouvait en construire assez pour tout le monde, mais il faisait sa part. Je pense que le problème de logement des aînés au Canada pourrait être résolu très rapidement. C'est qu'il règne une terrible et insupportable inertie dans les relations fédérales-provinciales ou les relations fédérales-provinciales-municipales lorsqu'il est question des collectivités. Il est presque impossible de se rendre jusqu'à la base avec un programme.

Vous avez parlé avec éloquence, madame Campbell. J'ai trouvé que vous aviez très bien défendu votre position. Monsieur Vermaeten, vous avez aussi fait du bon travail. Vous connaissez votre sujet et vous avez très bien répondu aux questions. Je ne sous-estime pas vos connaissances. Toutefois, je ne suis pas d'accord avec votre message. Je veux que vous me disiez ce que vous pensez. Arrêtons-nous au programme de logement pour les aînés. N'abordons pas les questions de propriété, de banques d'alimentation et autres, on en reparlera un autre jour. Parlons uniquement du logement et du fait de donner aux aînés un endroit décent où aller lorsqu'il fait moins trente degrés dehors. J'aimerais savoir ce que vous avez à dire sur ce point.

Mme Campbell : Vous avez commencé votre commentaire par une adroite observation, en signalant qu'il s'agit de mesures fiscales très larges, et que ces instruments ne permettent pas de

or a very relatively narrow problem under health, post-secondary education or social programs, for example. If there is the will, more targeted programs are better served either by things with shorter time lines or by more concrete examples with respect to where the funding is supposed to go — that is, more of a parameter-driven program.

The federal government has provided money, for example, for affordable housing in the last couple of years. It has used trust funds to provide the funds to provinces and territories, again indicating that affordable housing is a provincial responsibility, that the federal intent is that the money go towards capital rather than, say, ongoing operating costs, and that provinces and territories then turn around this funding as they determine is most appropriate in their jurisdictions.

Provinces are responding and are showing where the money is going. There are ways to get targeted transfers out to provinces and territories. However, with respect to determination of priorities, it is important to put it in the context of developing an overall set of budget programs and decisions that would be taken going forward — for example, the actual needs and measurements in trying to determine what kind of programs would be good responses — and the government has succeeded in some areas and not so much in others.

Trying to determine or trying to target specific needs with broad transfers does cause some concern with respect to what actually can be achieved.

Senator Keon: You obviously are not in a position to influence policy, so it is unfair to be targeting you. However, the reality is this: I do not think the federal government shows leadership. Regardless of who is in power politically, they just do not show leadership and flexibility in solving social problems of enormous importance. This great cop-out of the federal-provincial mosaic, shall we say, lets everyone off the hook, but it does not involve the problems of the day.

I think Finance Canada should have more flexibility. They are giving too much money away without any accountability. They should have flexibility for spending money accountably on problems of the day that need rapid solutions instead of this ongoing ho-hum.

Ms. Campbell: These are concerns that we heard during the fiscal balance consultations. As you are aware, there is the other side of the story as well, which we also heard. Your points are well taken.

Senator Keon: I am just making my points, because I do not have much time for the points on the other side of the equation.

cibler une personne en particulier ou un problème relativement précis qui se rapporte à la santé, à l'enseignement postsecondaire ou aux programmes sociaux, par exemple. Si on en a la volonté, un programme plus ciblé se traduira par des mesures à plus courtes échéances ou par des exemples plus concrets en ce qui concerne l'affectation des fonds, et donc, constituera un programme axé davantage sur des paramètres.

Le gouvernement fédéral a par exemple donné des fonds pour le logement abordable au cours des dernières années. Le fait que cet argent, qui provient de fonds en fiducie, est versé aux provinces et aux territoires prouve encore une fois que le logement abordable est une responsabilité provinciale, que le gouvernement fédéral voudrait que l'argent soit investi en immobilisations au lieu de servir, disons, à payer les coûts de fonctionnement, et que les provinces et les territoires utilisent ce financement de la façon qu'ils estiment la mieux indiquée pour leur eux.

Les provinces répondent, et elles montrent ce qu'elles font avec l'argent. Il y a des moyens d'effectuer des transferts ciblés aux provinces et aux territoires. Par contre, pour établir les priorités, il est important de tenir compte du fait qu'on est en train d'élaborer un ensemble de programmes et d'étudier des décisions qui seront prises ultérieurement, par exemple, les évaluations et les besoins réels qui serviraient à déterminer quels types de programmes seraient efficaces. Le gouvernement a bien réussi dans certains domaines, et moins bien dans d'autres.

Le fait d'essayer de déterminer ou de cibler des besoins précis avec des programmes de transfert oblige à se questionner sur ce qui peut réellement être accompli.

Le sénateur Keon : Vous n'êtes manifestement pas en mesure d'influencer les politiques, alors il est injuste de s'en prendre à vous. Toutefois, la réalité, la voici : je ne crois pas que le gouvernement fédéral fasse preuve de leadership. Indépendamment du parti au pouvoir, le gouvernement n'assume aucun leadership et ne montre aucune souplesse lorsqu'il faut régler des problèmes sociaux d'une importance capitale. Cette belle dérobade de la mosaïque fédérale-provinciale permet, si j'ose dire, à tout le monde de se tirer d'affaire, mais on ne s'attaque pas aux problèmes actuels.

Je pense que le ministère des Finances du Canada devrait bénéficier d'une plus grande marge de manœuvre. Ce ministère donne trop d'argent sans qu'il y ait reddition de comptes. Il devrait être en mesure de dépenser l'argent de façon responsable pour s'attaquer aux problèmes actuels qui nécessitent des solutions rapides au lieu de poursuivre cette stagnation perpétuelle.

Mme Campbell : Il s'agit des préoccupations qui ont été soulevées au cours des consultations sur le rétablissement de l'équilibre fiscal. Comme vous le savez, il y a l'envers de la médaille aussi, et on nous a présenté ce point de vue. On prend bonne note de vos arguments.

Le sénateur Keon : Je ne présente que mes arguments, car je n'ai pas beaucoup de temps pour les arguments rattachés à la position opposée.

The Chair: Any other questions, senators?

If not, I wish to thank the witnesses for their presentations. We do realize that you administer the programs. You are sometimes invited to propose new programs, but for the most part the policy angle comes from the elected and sometimes appointed parliamentarians, it does not come from you. Thank you very much for the depth of understanding that you have presented to us on the programs as they do exist.

Mr. Vermaeten: You are welcome.

The Chair: Thank you.

Honourable senators, I will now declare the meeting adjourned.

The committee adjourned.

La présidente : Avez-vous d'autres questions, mesdames et messieurs les sénateurs?

Si vous n'en n'avez pas, je vais remercier les témoins de leurs exposés. Nous comprenons que vous administrez les programmes. Vous êtes parfois invités à proposer de nouveaux programmes, mais dans la plupart des cas, les politiques sont décidées par les élus et parfois par des parlementaires nommés; ce n'est pas vous qui décidez. Merci de nous avoir permis de comprendre en profondeur les programmes sous leur forme actuelle.

M. Vermaeten : Je vous en prie.

La présidente : Merci.

Honorables sénateurs, je vais lever la séance.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Monday, November 26, 2007

Human Resources and Social Development Canada:

Shawn Tupper, Director General, Social Policy Development;

Dominique La Salle, Director General, Seniors and Pensions
Policy Secretariat;

Roman Habtu, Manager, OAS Benefits Policy.

Department of Finance Canada:

Frank Vermaeten, Director General, Assistant Deputy Minister's
Office;

Krista Campbell, Senior Chief, Federal-Provincial Relations
Division;

Andrew Staples, Acting Chief, Federal-Provincial Relations
Division.

TÉMOINS

Le lundi 26 novembre 2007

Ressources humaines et Développement social Canada :

Shawn Tupper, directeur général, Développement de la politique
sociale;

Dominique La Salle, directeur général, Secrétariat des politiques
sur les aînés et les pensions;

Roman Habtu, gestionnaire, Politique de prestation de sécurité
de vieillesse.

Ministère des Finances Canada :

Frank Vermaeten, directeur général, Bureau du sous-ministre
adjoint;

Krista Campbell, chef principale, Division des relations fédérales
provinciales;

Andrew Staples, chef par intérimaire, Division des relations
fédérales-provinciales.





Second Session
Thirty-ninth Parliament, 2007

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Special
Senate Committee on*

Aging

Chair:

The Honourable SHARON CARSTAIRS, P.C.

Monday, December 3 2007
Monday, December 10, 2007

Issue No. 2

Second and third meetings on:

Special study on aging

INCLUDING:

THE SECOND REPORT OF THE COMMITTEE
(Special budget study — Aging)

WITNESSES:

(See back cover)

Deuxième session de la
trente-neuvième législature, 2007

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur le*

Vieillessement

Présidente :

L'honorable SHARON CARSTAIRS, C.P.

Le lundi 3 décembre 2007
Le lundi 10 décembre 2007

Fascicule n° 2 -

Deuxième et troisième réunions concernant :

L'étude spéciale sur le vieillissement

Y COMPRIS :

LE DEUXIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(Le budget pour l'étude spéciale — vieillissement)

TÉMOINS :

(Voir à l'endos)

THE SPECIAL SENATE COMMITTEE
ON AGING

The Honourable Sharon Carstairs, P.C., *Chair*
The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

Chaput	* LeBreton, P.C.
Cordy	(or Comeau)
Cools	Mercer
* Hervieux-Payette, P.C.	Stratton
(or Tardif)	

*Ex Officio Members
(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL
SUR LE VIEILLISSEMENT

Présidente : L'honorable Sharon Carstairs, C.P.
Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon
et

Les honorables sénateurs :

Chaput	* LeBreton, C.P.
Cordy	(ou Comeau)
Cools	Mercer
* Hervieux-Payette, C.P.	Stratton
(ou Tardif)	

* Membres d'office
(Quorum 3)



MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Monday, December 3, 2007

(3)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:31 p.m., in room 9, Victoria Building, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cools, Cordy and Keon (5).

In attendance: Julie Cool and Michael Holden, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1).*

WITNESSES:*Canadian Institute for Health Information:*

Jean-Marie Berthelot, Vice-President, Programs;

Christopher Kuchciak, Program Lead, NHEX/OECD.

Canadian Centre for Policy Alternatives:

Marc Lee, Senior Economist (by video conference).

As an individual:

Robert Evans, Professor of Economics, University of British Columbia (by videoconference).

As an individual:

Joe Ruggeri, Professor, Department of Economics, University of New Brunswick.

Public Health Agency of Canada:

Margaret Gillis, Director, Division of Aging and Seniors/Office of Voluntary Sector.

The chair made a statement.

Mr. Evans, Mr. Lee, Mr. Berthelot, Mr. Ruggeri each made a presentation and, with Mr. Kuchciak, answered questions.

At 1:49 p.m., the committee suspended.

At 1:57 p.m., the committee resumed.

The chair made a statement.

Ms. Gillis made a presentation and answered questions.

At 2:34 p.m., the committee suspended.

At 2:36 p.m., pursuant to rule 92(2), the committee proceeded in camera to discuss a draft agenda.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le lundi 3 décembre 2007

(3)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 31, dans la salle 9 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cools, Cordy et Keon (5).

Également présents : Du Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement : Julie Cool et Michael Holden, analystes.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son étude sur les incidences du vieillissement de la société canadienne. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :*Institut canadien d'information sur la santé :*

Jean-Marie Berthelot, vice-président, Programmes;

Christopher Kuchciak, chef de section, BDDNS/OCDE.

Centre canadien de politiques alternatives :

Marc Lee, économiste principal (par vidéoconférence).

À titre personnel :

Robert Evans, professeur d'économie, Université de la Colombie-Britannique (par vidéoconférence).

À titre personnel :

Joe Ruggeri, professeur, Département d'économie, Université du Nouveau-Brunswick.

Agence de la santé publique du Canada :

Margaret Gillis, directrice, Division du vieillissement et des aînés/Bureau du secteur bénévole.

La présidente fait une déclaration.

MM. Evans, Lee, Berthelot et Ruggeri font chacun une déclaration puis, aidés de M. Kuchciak, répondent aux questions.

À 13 h 49, la séance est interrompue.

À 13 h 57, la séance reprend.

La présidente fait une déclaration.

Mme Gillis fait une présentation puis répond aux questions.

À 14 h 34, la séance est interrompue.

À 14 h 36, conformément au paragraphe 92(2) du Règlement, le comité poursuit la séance à huis clos afin de discuter d'une ébauche de programme.

It was agreed that senators' staff remain in the room

At 2:37 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Monday, December 10, 2007
(4)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:31 p.m., in room 9, Victoria Building, the chair, the Honourable Sharon, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cordy, Keon and Stratton (5).

In attendance: Julie Cool and Michael Toyes, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. *(For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1).*

WITNESSES:

Canada Mortgage and Housing Corporation:

Luis Rodriguez, Senior Researcher;

Debra Darke, Director, Community Development.

Canadian Healthcare Association:

Sharon Sholzberg-Gray, President and Chief Executive Officer.

The Royal Canadian Legion:

Pierre Allard, Director, Service Bureau;

David MacDonald, Consultant, Legion Housing Centre for Excellence.

As individuals:

Marcus, J. Hollander, President Hollander Analytical Services Ltd., (by videoconference).

Margaret Isabel Hall, Assistant Professor, Faculty of Law, University of British Columbia.

The chair made a statement.

Mr. Hollander, Mr. Rodriguez, Ms. Sholzberg-Gray, Mr. Allard, Mr. MacDonald and Ms. Hall each made a presentation and, with Ms. Darke, answered questions.

Il est convenu que le personnel des sénateurs demeure dans la salle.

À 14 h 37, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le lundi 10 décembre 2007
(4)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 31, dans la salle 9 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cordy, Keon et Stratton (5).

Également présents : Du Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement : Julie Cool et Michael Toyes, analystes.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son étude sur les incidences du vieillissement de la société canadienne. *(Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.)*

TÉMOINS :

Société canadienne d'hypothèques et de logement :

Luis Rodriguez, chercheur principal;

Debra Darke, directrice, Développement des collectivités.

Association canadienne des soins de santé :

Sharon Sholzberg-Gray, présidente et chef de la direction.

La légion royale canadienne :

Pierre Allard, directeur, Bureau d'entraide;

David MacDonald, consultant, Centre d'excellence de logement de la Légion.

À titre personnel :

Marcus J. Hollander, président, Hollander Analytical Services Ltd. (par vidéoconférence).

Margaret Isabel Hall, professeure adjointe, Faculté de droit, Université de la Colombie-Britannique.

La présidente fait une déclaration.

MM. Hollander et Rodriguez, Mme Sholzberg-Gray, MM. Allard et MacDonald et Mme Hall font chacun un exposé puis, aidés de Mme Darke, répondent aux questions.

At 3:13 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

À 15 h 13, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTEST:

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Keli Hogan

Clerk of the Committee

REPORT OF THE COMMITTEE

Tuesday, December 11, 2007

The Special Senate Committee on Aging has the honour to present its

SECOND REPORT

Your committee, which was authorized by the Senate on Thursday, November 1, 2007, to examine and report upon the implications of an aging society in Canada, respectfully requests that it be empowered to engage the services of such counsel and technical, clerical and other personnel as may be necessary for the purpose of its study.

Pursuant to Chapter 3:06, section 2(1)(c) of the *Senate Administrative Rules*, the budget submitted to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration and the report thereon of that committee are appended to this report.

Respectfully submitted,

La présidente,

SHARON CARSTAIRS

Chair

RAPPORT DU COMITÉ

Le mardi 11 décembre 2007

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement a l'honneur de présenter son

DEUXIÈME RAPPORT

Votre comité, qui a été autorisé par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007 à examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et à en faire rapport, demande respectueusement qu'il soit autorisé à retenir les services d'avocats, de conseillers techniques et de tout autre personnel jugé nécessaire aux fins de son enquête.

Conformément au Chapitre 3:06, section 2(1)(c) du *Règlement administratif du Sénat*, le budget présenté au Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration, ainsi que le rapport s'y rapportant, sont annexés au présent rapport.

Respectueusement soumis,

**SPECIAL SENATE COMMITTEE
ON AGING**

**IMPLICATIONS OF AN AGING SOCIETY
IN CANADA**

**APPLICATION FOR BUDGET AUTHORIZATION
FOR THE FISCAL YEAR ENDING MARCH 31, 2008**

Extract from the *Journals of the Senate* of Thursday, November 1, 2007:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator Carstairs, P.C., seconded by the Honourable Senator Fairbairn, P.C.:

That a Special Committee of the Senate be appointed to examine and report upon the implications of an aging society in Canada;

That, pursuant to rule 85(1)(b), the committee be comprised of seven members, to be nominated by the Committee of Selection and that three members constitute a quorum;

That the Committee examine the issue of aging in our society in relation to, but not limited to:

- promoting active living and well being;
- housing and transportation needs;
- financial security and retirement;
- abuse and neglect;
- health promotion and prevention; and
- health care needs, including chronic diseases, medication use, mental health, palliative care, home care and caregiving;

That the Committee review public programs and services for seniors, the gaps that exist in meeting the needs of seniors, and the implications for future service delivery as the population ages;

That the Committee review strategies on aging implemented in other countries;

That the Committee review Canada's role and obligations in light of the 2002 Madrid International Plan of Action on Ageing;

That the Committee consider the appropriate role of the federal government in helping Canadians age well;

**COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL
SUR LE VIEILLISSEMENT**

**INCIDENCES DU VIEILLISSEMENT DE LA
SOCIÉTÉ CANADIENNE**

**DEMANDE D'AUTORISATION DE BUDGET POUR
L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT
LE 31 MARS 2008**

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 1^{er} novembre 2007 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Carstairs, C.P., appuyée par l'honorable sénateur Fairbairn, C.P.,

Qu'un comité spécial du Sénat soit chargé d'examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et d'en faire rapport;

Que, en conformité avec l'article 85(1)b) du Règlement, le comité soit composé de sept membres, désignés par le Comité de sélection, et que trois membres constituent le quorum;

Que le comité examine la question du vieillissement dans notre société sur divers plans notamment :

- la promotion de la vie active et du bien-être;
- les besoins en matière de logement et de transport;
- la sécurité financière et la retraite;
- les mauvais traitements et la négligence;
- la promotion de la santé et la prévention;
- les besoins en matière de soins de santé, y compris en ce qui touche les maladies chroniques, la consommation de médicaments, la santé mentale, les soins palliatifs, les soins à domicile et la prestation de soins;

Que le comité examine les programmes et les services publics destinés aux aînés, les lacunes qu'il faut corriger pour répondre aux besoins des aînés, et les incidences du vieillissement de la population sur la prestation future des services;

Que le comité examine des stratégies sur le vieillissement mises en œuvre dans d'autres pays;

Que le comité examine le rôle et les obligations du Canada découlant du Plan d'action international sur le vieillissement des populations, établi à Madrid en 2002;

Que le comité se penche sur le rôle que doit jouer le gouvernement fédéral pour aider les Canadiens à bien vieillir;

That the Committee have power to send for persons, papers and records, to examine witnesses, to report from time to time and to print such papers and evidence from day to day as may be ordered by the Committee;

That the Committee be authorized to permit coverage by electronic media of its public proceedings with the least possible disruption of its hearings;

That, pursuant to rule 95(3)(a), the Committee be authorized to meet during periods that the Senate stands adjourned for a period exceeding one week;

That the papers and evidence received and taken and work accomplished by the Committee on this subject during the First Session of the Thirty-ninth Parliament be referred to the Committee;

That the Committee submit its final report no later than June 30, 2008, and that the Committee retain all powers necessary to publicize its findings until 90 days after the tabling of the final report;

And on the motion in amendment of the Honourable Senator Comeau, seconded by the Honourable Senator Tkachuk, that the motion be amended by replacing the words "June 30, 2008" with "March 31, 2008" in the last paragraph.

The question being put on the main motion, as amended, it was adopted.

Que le comité soit habilité à convoquer des personnes, à obtenir des documents et des dossiers, à interroger des témoins, à faire rapport de temps à autre et à faire imprimer au jour le jour les documents et témoignages dont il peut ordonner l'impression;

Que le comité soit autorisé à permettre aux médias d'information électroniques de diffuser ses délibérations publiques en dérangeant le moins possible ses audiences;

Que, conformément à l'article 95(3)a) du Règlement, le comité soit autorisé à se réunir pendant les périodes où le Sénat est ajourné pendant plus d'une semaine;

Que les documents reçus, les témoignages entendus, et les travaux accomplis par le comité sur ce sujet au cours de la première session de la trente-neuvième législature soient renvoyés au comité;

Que le comité présente son rapport final au plus tard le 30 juin 2008, et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions dans les 90 jours suivant le dépôt du rapport final;

Et sur la motion d'amendement de l'honorable sénateur Comeau, appuyée par l'honorable sénateur Tkachuk, que l'on modifie la motion en substituant aux mots « le 30 juin 2008 » les mots « le 31 mars 2008 » au dernier paragraphe.

La motion principale, telle que modifiée, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

SUMMARY OF EXPENDITURES

Professional and Other Services	\$ 30,000
Transportation and Communications	28,975
All Other Expenditures	<u>2,500</u>
TOTAL	\$ 61,475

The above budget was approved by the Special Senate Committee on Aging on Monday, November 26, 2007.

The undersigned or an alternate will be in attendance on the date that this budget is considered.

SOMMAIRE DES DÉPENSES

Services professionnels et autres	30 000 \$
Transports et communications	28 975
Autres dépenses	<u>2 500</u>
TOTAL	61 475 \$

Le budget ci-dessus a été approuvé par le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement le lundi 26 novembre 2007.

Le soussigné ou son remplaçant assistera à la séance au cours de laquelle le présent budget sera étudié.

Date _____
The Honourable Sharon Carstairs, P.C.
Chair, Special Senate Committee on Aging

Date _____
L'honorable Sharon Carstairs, C.P.
Présidente du Comité sénatorial spécial sur
le vieillissement

Date _____
The Honourable George J. Furey
Chair, Standing Committee on Internal
Economy, Budgets and Administration

Date _____
L'honorable George J. Furey
Président du Comité permanent de la régie
interne, des budgets et de l'administration

HISTORICAL INFORMATION

Fiscal Year	Budget approved	Expenditures
2007-2008	\$ 96,050	\$ 22,770
2006-2007	\$ 25,100	\$ 16,286

DONNÉES ANTÉRIEURES

Exercice financier	Budgets approuvés	Dépenses
2007-2008	96 050 \$	22 770 \$
2006-2007	25 100 \$	16 286 \$

**SPECIAL SENATE COMMITTEE
ON AGING**

IMPLICATIONS OF AN AGING SOCIETY IN CANADA

**EXPLANATION OF BUDGET ITEMS
APPLICATION FOR BUDGET AUTHORIZATION
FOR THE FISCAL YEAR ENDING MARCH 31, 2008**

GENERAL EXPENSES

PROFESSIONAL AND OTHER SERVICES

Research Consultant	\$ 15,000	
Research Assistant	5,000	
Working meals (15 meals @ \$400)	6,000	
Hospitality	1,000	
Sub-total		\$ 27,000

TRANSPORTATION AND COMMUNICATIONS

Courier Services	\$ 1,000	
Telephone carrier services	500	
Sub-total		\$ 1,500

ALL OTHER EXPENDITURES

Miscellaneous	\$ 2,500	
Sub-total		\$ 2,500

Total **\$ 31,000**

ACTIVITY 1 - CONFERENCE(S)

CONFERENCES

National and International Conferences

PROFESSIONAL AND OTHER SERVICES

Membership and registration fees 3 persons @ \$1,000	\$ 3,000	
Sub-total		\$ 3,000

TRANSPORTATION AND COMMUNICATIONS

Air fare 3 @ \$6,500	\$ 19,500	
Taxis 5 @ \$35 for 3 persons	525	

Per diem		
3 days @ \$150 for 3 persons	1,350	
Hotel		
3 nights @ \$400 for 3 persons	3,600	
Contingencies	2,500	
Sub-total		\$ 30,475
Total for conferences		\$ 30,475
Grand Total		\$ 61,475

The Senate administration has reviewed this budget application.

Heather Lank, Principal Clerk, Committees Directorate

Date

Hélène Lavoie, Director of Finance

Date

**COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL
SUR LE VIEILLISSEMENT**

INCIDENCES DU VIEILLISSEMENT DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE

**EXPLICATION DES ITEMS BUDGÉTAIRES
DEMANDE D'AUTORISATION DE BUDGET POUR
L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT LE 31 MARS 2008**

DÉPENSES GÉNÉRALES

SERVICES PROFESSIONNELS ET AUTRES

Consultant pour la recherche	15 000 \$	
Assistant de recherché	5 000	
Repas de travail (15 repas @ 400 \$)	6 000	
Frais d'accueil	1 000	
Sous-total		27 000 \$

TRANSPORTS ET COMMUNICATIONS

Services de messagerie	1 000 \$	
Services de téléphone par onde porteuse	500	
Sous-total		1 500 \$

AUTRES DÉPENSES

Divers	2 500 \$	
Sous-total		2 500 \$

Total **31 000 \$**

ACTIVITÉ 1 - CONFÉRENCES

CONFÉRENCES

Conférences nationales et internationales

SERVICES PROFESSIONNELS ET AUTRES

Frais d'inscription		
3 personnes @1 000 \$	3 000 \$	
Sous-total		3 000 \$

TRANSPORTS ET COMMUNICATIONS

Billets d'avion		
3 @ 6 500 \$	19 500 \$	
Taxis		
5 @ 35 \$ X 3 personnes	525	

Indemnités journalières		
3 jours @ 150 \$ X 3 personnes	1 350	
Frais d'hôtel		
3 nuits @ 400 \$ X 3 personnes	3 600	
Frais divers	2 500	
Sous-total	30 475 \$	
Total des conférences		30 475 \$
Total général		61 475 \$

L'administration du Sénat a examiné la présente demande d'autorisation budgétaire.

Heather Lank, greffière principale, Direction des comités

Date

Hélène Lavoie, directrice des Finances

Date

APPENDIX (B) TO THE REPORT

Thursday, December 6, 2007

The Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration has examined the budget presented to it by the Special Senate Committee on Aging for the proposed expenditures of the said Committee for the fiscal year ending March 31, 2008, to examine and report upon the implications of an aging society in Canada, as authorized by the Senate on Thursday, November 1, 2007. The said budget is as follows:

Professional and Other Services	\$ 30,000
Transportation and Communications	28,975
All Other Expenditures	<u>2,500</u>
TOTAL	\$ 61,475

(includes funds for conferences)

Respectfully submitted,

Le président,

GEORGE J. FUREY

Chair

ANNEXE (B) AU RAPPORT

Le jeudi 6 décembre 2007

Le Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration a examiné le budget qui lui a été présenté par le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement concernant les dépenses projetées dudit Comité pour l'exercice se terminant le 31 mars 2008 aux fins d'examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et d'en faire rapport, tel qu'autorisé par le Sénat le jeudi 1 novembre 2007. Le budget approuvé se lit comme suit:

Services professionnels et autres	30 000 \$
Transports et communications	28 975
Autres dépenses	<u>2 500</u>
TOTAL	61 475 \$

(y compris des fonds pour des conférences)

Respectueusement soumis,

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, December 3, 2007

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:31 p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Good afternoon, colleagues. As you know, we are studying aging in Canada. I have to apologize; a couple of our colleagues are not with us for obvious weather reasons. One of them, I know, has just landed and is on her way. Others will hopefully make it later.

We have a number of panellists with us this afternoon. From the Canadian Institute for Health Information, we have Mr. Jean-Marie Berthelot, Vice-President, Programs and Mr. Christopher Kuchciak, Program Lead, NHEX/OECD. We also have Mr. Marc Lee, Senior Economist with the Canadian Centre for Policy Alternatives.

Mr Lee is coming to us on videoconference, along with Mr. Robert Evans, Professor of Economics, University of British Columbia. We also have Mr. Joe Ruggeri, Professor, Department of Economics, University of New Brunswick. We want to welcome you all this afternoon.

Robert Evans, Professor of Economics, University of British Columbia, as an individual (by video conference): I am pleased to have been invited to talk to this group because this is a subject that has intrigued me for a number of years.

I gave my first talk on the impact of aging on the health care system in 1982 to a meeting of the Canadian Hospital Association, as it then was, in Winnipeg. The first paper I know on the subject was put out by the Economic Council of Canada in 1978. The most recent one I know is the package I sent down to your staff, from a group in the Office of the Actuary in the U.S., published a couple months ago in *Health Affairs*.

In the interim, my group has done quite a bit of research on this subject and so have a number of others. They all tend to point in the same direction.

Metaphors are powerful and effective because they are graphic; they capture an idea in a way that can be communicated very quickly. They are also potentially deceptive, and the most deceptive metaphor in this field is that of the "grey tsunami" — the idea that we will be overwhelmed by a wave of grey that will flood and wash away the existing structures of the Canadian health care system. This is profoundly misleading because it

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 3 décembre 2007

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 31, pour examiner, en vue d'en faire rapport, les incidences du vieillissement sur la société canadienne.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Bonjour, chers collègues. Comme vous le savez, nous étudions le phénomène du vieillissement au Canada. Je dois vous faire mes excuses; certains de nos collègues ne pourront pas assister à la séance d'aujourd'hui pour des raisons évidentes liées au mauvais temps. Je sais qu'une de nos collègues vient juste de descendre de l'avion et elle est en route. J'espère que d'autres pourront venir plus tard.

Nous accueillons plusieurs témoins cet après-midi. De l'Institut canadien d'information sur la santé, M. Jean-Marie Berthelot, vice-président des programmes, et M. Christopher Kuchciak, chef de section, BDDNS/OCDE. Nous accueillons également M. Marc Lee, économiste principal du Centre canadien de politiques alternatives.

M. Lee se joint à nous par vidéoconférence, ainsi que M. Robert Evans, professeur d'économie à l'Université de la Colombie-Britannique. Nous avons aussi M. Joe Ruggeri, professeur au département d'économie à l'Université du Nouveau-Brunswick. Nous vous souhaitons à tous la bienvenue.

Robert Evans, professeur d'économie, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel (par vidéoconférence) : C'est un honneur pour moi d'avoir été invité à m'adresser à vous parce qu'il s'agit d'un sujet qui m'intéresse depuis plusieurs années.

Le premier discours que j'ai prononcé sur les incidences du vieillissement sur le système des soins de santé remonte à 1982, à Winnipeg, dans le cadre d'une réunion de l'Association canadienne des hôpitaux du Canada, comme on l'appelait à l'époque. Le premier document sur le sujet a été publié, à ma connaissance, par le Conseil économique du Canada en 1978. À ma connaissance, le plus récent est celui que j'ai fait parvenir à votre personnel; cette recherche a été effectuée par un groupe de l'Office of the Actuary aux États-Unis, et ses résultats ont été publiés il y a quelques mois dans la revue *Health Affairs*.

Entre-temps, mon groupe, comme plusieurs autres, a fait pas mal de recherches sur le sujet. Elles ont toutes tendance à pointer dans la même direction.

Les métaphores sont des outils puissants et efficaces parce qu'elles évoquent des images; elles captent une idée et transmettent le message très rapidement. Toutefois, elles peuvent aussi être trompeuses. La métaphore la plus trompeuse utilisée dans ce domaine est l'expression « le tsunami gris » — l'idée que nous allons être submergés par une vague de gens à cheveux gris qui vont inonder les structures actuelles du système

paints the picture as if there were some massive single event that will unleash catastrophic forces.

The appropriate metaphor is that of a glacier. Each of us ages one year at a time; we do not do it instantaneously, nor does the population. It is not some sudden shock. Like a glacier, the aging of the population will transform the landscape over a period of decades, but it does not operate on a time scale of months or years. The claims that are being made for the grey tsunami are precisely that it does operate on a time scale of months or years, and those claims are false.

That the escalation of costs in the health care system can be explained by population aging is true to a small degree, but that degree is in the neighbourhood of 20 per cent, at best. It is true that people of older ages on average use more health care and generate more costs. It is also true that the proportion of the population in those age groups has grown. If those two facts are put together, we have a prediction of growing per capita health care costs.

That is quite true; but when we actually look at the escalation of health care costs, we find that 80 per cent of that is being driven by other factors and forces. Those are the ones we want to keep our eye on. This notion that we will somehow be overwhelmed by an aging population is either coming from people who are not reading the numbers or who have another agenda.

That is not to say that there are no problems of cost management and cost containment in the health care system. That would be silly and naive. We know that is not true. However, we also know that those pressures are being relatively well managed in Canada and most other developed countries, excluding the United States.

We know we are seeing a slow creep in the share of our income going into health care. It is up to 10.6 per cent in the current estimates — up from 10.4 per cent from the year before. There is a slow creep; but a considerable amount of focus should be devoted to exactly where the money is going.

For example — and it is a leading example — last year the Heart and Stroke Foundation of Canada and the Canadian Institutes of Health Research put out a massive and valuable document looking at patterns of cardiac care in this country. It turns out there are wild variations in patterns of hospital admission for the major cardiac care categories — myocardial infarction, congestive heart failure, angina, generalized chest pain.

If we look at Vancouver as the base of 100, we will find the rates are 50 per cent higher in Toronto, 75 per cent higher in Halifax and 200 and 300 per cent higher in regions outside the metropolitan areas — and we do not know why. These kinds of

de santé canadien. C'est tout à fait trompeur, car cette image porte à croire qu'on assistera à un événement d'une ampleur colossale qui atteindra des proportions catastrophiques.

La métaphore qui convient, c'est de comparer ce phénomène à un glacier. Chacun de nous vieillit année après année; cela n'arrive pas du jour au lendemain. Il en va de même pour la population. Ce n'est pas un choc soudain. Tel un glacier, le vieillissement de la population transformera le paysage durant plusieurs décennies, mais cela ne se produira pas en l'espace de quelques mois ou quelques années. Les thèses avancées sur le tsunami gris laissent entendre justement que ce phénomène se déploiera en termes de mois ou d'années. Mais c'est faux.

Il est vrai qu'on peut expliquer la montée en flèche des coûts du système de santé par le vieillissement de la population, mais seulement dans une faible mesure, de l'ordre de 20 p. 100, tout au plus. Il est vrai qu'en moyenne, les gens plus âgés ont davantage recours aux soins de santé et génèrent plus de coûts. Il est aussi vrai que la proportion de Canadiens dans ces groupes d'âge a augmenté. Si l'on combine ces deux éléments, on obtient une hausse prévue des coûts des soins de santé par habitant.

C'est tout à fait vrai; mais lorsqu'on examine de plus près l'escalade des coûts des soins de santé, on s'aperçoit que 80 p. 100 de cette hausse est attribuable à d'autres facteurs et à d'autres forces. C'est précisément ces facteurs que nous voulons garder à l'œil. L'idée selon laquelle nous allons être, en quelque sorte, envahis par une population vieillissante est véhiculée par des gens qui soit ignorent les faits, soit ont d'autres projets en tête.

Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de problème de gestion des coûts et de compression des coûts dans le système de santé. Ce serait stupide et naïf de le croire. Nous savons que c'est faux. Toutefois, nous savons également que ces pressions sont relativement bien gérées au Canada et dans la plupart des pays développés, sauf aux États-Unis.

Nous sommes conscients du fait que la part de notre revenu qui est consacrée aux soins de santé augmente petit à petit. Selon les estimations de l'heure, cette part se chiffre à 10,6 p. 100 — une hausse par rapport au taux de 10,4 p. 100 de l'an dernier. Cela se fait lentement; mais encore faudrait-il prêter une attention particulière à l'utilisation exacte de cet argent.

Par exemple — et c'est un exemple parfait — l'année dernière, la Fondation des maladies du cœur du Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada ont publié un document volumineux et important sur les modèles de soins cardiaques dans notre pays. L'étude a révélé d'énormes écarts dans les tendances d'admission dans les hôpitaux pour les principales catégories de soins cardiaques — à savoir, l'infarctus du myocarde, l'insuffisance cardiaque congestive, l'angine et la douleur thoracique généralisée.

Si nous considérons la ville de Vancouver comme point de repère égal à 100, nous constatons que les taux sont supérieurs de 50 p. 100 à Toronto, de 75 p. 100 à Halifax et de 200 à 300 p. 100 dans les régions à l'extérieur des zones

clinical practice variations are a primary place to look for what is driving the escalation of health care costs.

I would argue that the myth of runaway costs associated with aging, which we have called in some of our work a “zombie” — an idea that is intellectually dead but will not lie down — serves to distract the attention from the real and hard issues involved in maintaining an effective, efficient and humane health care system. It is a total distraction, which is what zombies are — they stalk around making a nuisance of themselves.

The Chair: Thank you very much. I particularly like your metaphors. Mr. Lee, can we hear from you, since you are also there on live television?

Marc Lee, Senior Economist, Canadian Centre for Policy Alternatives (by video conference): Thank you to the Senate for having me here today by videoconference to speak to this issue of population aging and the impacts on the public health care system. I wrote a report on this issue that was released in September by the Canadian Centre for Policy Alternatives. I believe you have copies. If not, I can arrange for you to have some.

In that report, I isolated the different cost drivers in the public health care system. To be clear, I am looking only at the public health care study not total health care, which includes the private component. In 1975, Canadian Institute for Health Information, CIHI, data was used to develop a historical overview of how these factors have affected health care costs and then projected forward to 2056 based on Statistics Canada’s population forecasts and the average health care inflation rate over the past decade.

My finding reinforces those of past studies on this issue that population aging, in and of itself, is but a small contributor to rising cost pressures in the health care system. Based on current projections, there is little to suggest a demographic time bomb that is about to go off.

The main cost drivers, in addition to an aging population, are population growth and health-care-specific inflation. When these three are put together, we are able to determine a minimum amount of annual public spending increases that are necessary to maintain the existing level of services while accommodating a larger and older population.

On this basis, public health care spending must increase by 4.4 per cent per year in the near term in order to maintain a sustainable level of services — by the 2030s, this rate slows as population pressures ease. Overall, population aging alone requires only about 1 per cent per year in additional public expenditures. As Mr. Evans commented before me, while the demographic changes over the span of a quarter of a century are

métropolitaines — et nous en ignorons la raison. Ces types d’écarts dans la pratique clinique constituent l’une des principales pistes à examiner pour expliquer la montée en flèche des coûts des soins de santé.

Pour ma part, j’estime que le mythe des coûts galopants associés au vieillissement, que nous avons qualifié dans certains de nos travaux de « zombie » — c’est-à-dire un argument qui est mort intellectuellement, mais qui ne cesse de réapparaître — sert à détourner l’attention des vrais problèmes qui entrent en jeu dans le maintien d’un système de santé efficace, efficient et humain. C’est une distraction totale, tout comme les zombies — de vrais casse-pieds qui nous suivent partout.

La présidente : Merci beaucoup. J’ai particulièrement aimé vos métaphores. Monsieur Lee, pouvez-vous prendre la parole, étant donné que vous êtes également en vidéoconférence?

Marc Lee, économiste principal, Centre canadien de politiques alternatives (par vidéoconférence) : Merci aux sénateurs de m’avoir invité aujourd’hui à parler par téléconférence de la question de la population vieillissante et des incidences sur le système de santé public. J’ai rédigé un rapport sur cette question qui a été rendu public en septembre dernier par le Centre canadien de politiques alternatives. Je crois que vous en avez des exemplaires. Sinon, je pourrais m’organiser pour qu’on vous en envoie un.

Dans ce rapport, j’ai isolé les différents inducteurs de coûts dans le système de santé public. Par souci de clarté, je ne tiens compte que de l’étude sur les soins de santé publics et non pas les soins de santé en général, qui comprennent le secteur privé. En 1975, les données de l’Institut canadien d’information sur la santé, l’ICIS, ont été utilisées pour dresser un aperçu de la façon dont ces facteurs ont influé sur les coûts des soins de santé au fil du temps; on a ensuite fait des projections jusqu’en 2056, d’après les prévisions démographiques de Statistique Canada et le taux moyen d’inflation des soins de santé au cours de la dernière décennie.

Mes résultats renforcent les conclusions des études antérieures sur cette question, à savoir que le vieillissement de la population, en soi, n’est qu’un modeste facteur qui contribue à accroître les pressions sur les coûts dans le système de soins de santé. D’après les projections actuelles, peu d’éléments laissent entendre qu’une bombe à retardement démographique est sur le point d’exploser.

Les principaux inducteurs de coûts, en plus d’une population vieillissante, sont la croissance démographique et le taux d’inflation spécifique aux soins de santé. Lorsqu’on combine ces trois facteurs, on peut déterminer le montant minimal des hausses annuelles de dépenses publiques nécessaires pour maintenir le niveau de services actuel, tout en répondant aux besoins d’une population grandissante et vieillissante.

D’après ce calcul, les dépenses publiques au titre des soins de santé doivent augmenter de 4,4 p. 100 par année à court terme pour maintenir un niveau de services viable — dans les années 2030, ce taux ralentira à mesure que les pressions démographiques diminueront. Dans l’ensemble, le vieillissement de la population, à lui seul, ne nécessite qu’une hausse de 1 p. 100 par année dans les dépenses publiques. Comme M. Evans l’a dit avant moi, même si

profound, this change happens relatively slowly, and the associated annual increase due to aging is actually less than either population growth or inflation.

The share of public health care spending relative to our total income or our GDP is what really matters for sustainability. That is, as long as our nominal GDP growth averages 4.4 per cent per year or more, then we do not have a sustainability problem. If future economic growth rates are consistent with those in the past decade where the average growth rate was 5.6 per cent or in the past two decades where the average was 5.4 per cent, public health care expenditures will fall as a share of GDP over time.

In my paper, I estimate public health care spending relative to GDP for a few scenarios of nominal GDP growth — a slow, a medium and a fast rate. Even in the worst case scenario, if GDP growth were to slow to 4 per cent per year, a level well below historical trends, existing levels of service could be maintained with only a small increase in public health care expenditures relative to GDP over the next three decades. Public health care expenditures on this basis would rise to 8.4 per cent of GDP by 2038 — about 1 percentage point of GDP, or an extra penny per dollar of our total income — would peak around 2038, and, thereafter, would fall back to about the current level of approximately 7.6 per cent by the year 2056.

I have not yet mentioned something that is essential in thinking about health care expenditures: The enrichment or expansion of public health care services over time. My study tries to distinguish annual spending increases required to maintain the same level of services, while adjusting for changes in demographics, from additional spending that expands the suite of health care services available under the public umbrella.

This issue of enrichment is historically significant. The average Canadian receives one and a half times more health care services than his or her equivalent received three decades ago. Therefore, one important reason that health care spending is higher today than it was several decades ago is that we are providing more services, such as increased long-term care services, more extensive drug coverage, new surgical techniques and new diagnostic technologies.

The real challenge for financing the health care system is advances in these technologies — the unlimited potential to expand the realm of the possible. For example, in B.C. today, compared to 1990, an 80-year-old person is twice as likely to have a knee replacement, cataract surgery or a coronary bypass.

on assistera à de profonds changements démographiques pendant un quart de siècle, ils se produiront à un rythme relativement lent; la hausse annuelle des dépenses attribuable au vieillissement est, en réalité, un facteur moins important que la croissance démographique ou le taux d'inflation.

Ce qui importe vraiment pour assurer le maintien des services, c'est la part des dépenses publiques au titre des soins de santé par rapport à notre revenu total ou à notre PIB. Autrement dit, tant que la croissance nominale de notre PIB atteindra, en moyenne, 4,4 p. 100 ou plus par année, nous n'aurons pas de problème de viabilité. Si les taux de croissance économique futurs suivent la même tendance que celle de la décennie précédente où le taux de croissance moyen a été de 5,6 p. 100 ou des deux dernières décennies où il a été de 5,4 p. 100, alors les dépenses publiques au titre des soins de santé en proportion du PIB diminueront au fil du temps.

Dans mon document, j'ai calculé les dépenses publiques estimatives au titre des soins de santé par rapport au PIB selon quelques scénarios de croissance nominale du PIB — une croissance lente, une moyenne et une autre rapide. Même dans le pire des scénarios, si la croissance du PIB n'était que de 4 p. 100 par année, un taux bien inférieur aux tendances historiques, on pourrait maintenir les niveaux actuels de service avec seulement une légère croissance des dépenses publiques au titre des soins de santé par rapport au PIB au cours des trois prochaines décennies. Selon cette hypothèse, les dépenses publiques passeraient à 8,4 p. 100 du PIB d'ici 2038 — environ un point de pourcentage du PIB, ou un cent de plus par dollar de notre revenu total —, atteindraient leur sommet en 2038, après quoi elles reculeraient presque jusqu'au taux actuel d'environ 7,6 p. 100 vers 2056.

Je n'ai pas encore parlé d'un élément essentiel à la réflexion sur les dépenses en soins de santé : l'enrichissement ou l'expansion des services de soins de santé publics au fil du temps. Dans mon étude, j'essaie de faire une distinction entre les hausses de dépenses annuelles requises pour maintenir le même niveau de services, tout en s'ajustant aux changements démographiques, et les dépenses supplémentaires destinées à l'expansion des services de santé offerts dans le secteur public.

La question de l'enrichissement est importante du point de vue historique. Le Canadien moyen reçoit 1,5 fois plus de services de santé à l'heure actuelle qu'il y a trois décennies. Par conséquent, une raison importante qui explique pourquoi les dépenses en soins de santé sont plus élevées aujourd'hui qu'elles ne l'étaient il y a plusieurs décennies, c'est que nous offrons plus de services, par exemple plus de services de soins de longue durée, un régime d'assurance-médicaments plus vaste, de nouvelles techniques chirurgicales et de nouvelles technologies de diagnostic.

Le vrai défi dans le domaine du financement des soins de santé réside dans les progrès technologiques — le potentiel illimité d'étendre les frontières du possible. Par exemple, en Colombie-Britannique, à l'heure actuelle comparativement à 1990, un octogénaire est deux fois plus susceptible de subir une opération pour le remplacement du genou, une chirurgie de la cataracte ou un pontage coronarien.

In the same vein, highly technologically-intensive end-of-life care poses some particularly challenging ethical dilemmas in cases where quality of life or health status is not ameliorated in spite of great costs. According to a few important studies, it is not so much the rise in cost as one ages as it is the expenditures made in the final year of life irrespective of age that is an important determinant of the curve in average per capita expenditures based on population aging groups.

In my modeling, as long as economic growth rates are consistent with those of the past, if we maintain the current level of public health care spending relative to GDP, then we would still have room left over to accommodate new technological advances or expand the system in other ways. This is not unlimited, and if we want more technology or more expansion of other services, we will have to pay a greater share of our income in order to have it. That means being more rigorous about the costs and benefits of different kinds of technologies through actions such as health technology assessments, which were recommended in the Romanow report.

By the numbers, the historical average enrichment in the public health care system has been just under 2 per cent per year going back to 1975. Based on the medium growth scenario, a 1 per cent annual enrichment rate would increase public health care expenditures from 7.4 per cent in 2006 to a peak of 8.5 per cent by 2038. Again, this would fall back to 7.7 per cent in 2056 because those population-aging pressures would abate by the early 2030s. Such a scenario would provide the average Canadian with 63 per cent more health care services than they receive today.

To conclude, I agree with Mr. Evans that it is a myth that an aging population will render the public health care system unsustainable. The good news is that the challenges facing the system are not demographic factors beyond our control but rather technological factors that, while profound, are suitable to a public process that is well within our control. Like every other policy area, we need to make choices, and to do that, we need a healthy democratic debate on how to move forward.

Jean-Marie Berthelot, Vice-President, Programs, Canadian Institute for Health Information: Good afternoon. On behalf of the Canadian Institute for Health Information, CIHI, would like to sincerely thank you for your invitation to appear today. As many of you are aware, Canada's health care leaders established the Canadian Institute for Health Information as an independent organization dedicated to answering fundamental questions about Canadians' health and the health system through a systematic approach to data collection, sharing and analysis. It is not CIHI's role to forecast or to offer recommendations but rather to provide timely, accurate and comparable health information. I have provided to the clerk of the committee copies of two reports in

Dans la même veine, les soins en fin de vie, qui nécessitent beaucoup de technologies, posent des dilemmes éthiques particulièrement épineux dans les cas où on ne voit pas d'amélioration dans la qualité de vie ou l'état de santé malgré l'ampleur des coûts. Selon quelques études importantes, ce n'est pas tant la hausse des coûts à mesure que l'on vieillit que les dépenses faites durant la dernière année d'une personne, peu importe son âge, qui constituent un facteur important dans la courbe des dépenses moyennes par habitant, d'après des groupes de population vieillissante.

Dans mon modèle, à condition que les taux de croissance économique suivent la même tendance que dans le passé, si nous maintenons le niveau actuel des dépenses publiques au titre des soins de santé par rapport au PIB, nous aurons quand même le moyen de nous adapter aux nouvelles percées technologiques ou d'étendre le système d'autres façons. Ce n'est pas illimité, et si nous voulons plus de technologies ou une plus grande expansion d'autres services, nous devons leur consacrer une plus grande part de notre revenu. Cela signifie qu'il faut examiner plus rigoureusement les coûts et les avantages offerts par différents types de technologies grâce à des mesures comme les évaluations des technologies de la santé, comme le recommandait le rapport Romanow.

À la lumière de ces chiffres, l'enrichissement du système de soins de santé public a été, en moyenne, d'un peu moins de 2 p. 100 par année, si l'on remonte jusqu'en 1975. D'après le scénario de croissance moyenne, un taux d'enrichissement annuel de 1 p. 100 ferait passer les dépenses publiques au titre des soins de santé de 7,4 p. 100 en 2006 à un sommet de 8,5 p. 100 en 2038. Encore une fois, ce taux baisserait à 7,7 p. 100 en 2056, car les pressions liées au vieillissement de la population s'atténueraient vers le début des années 2030. Dans un tel scénario, les Canadiens moyens recevraient 63 p. 100 plus de services de soins de santé que ce qu'ils reçoivent aujourd'hui.

Pour conclure, je suis du même avis que M. Evans : c'est un mythe que de croire qu'une population vieillissante mettra en péril la viabilité du système de soins de santé public. La bonne nouvelle, c'est que les défis auxquels fait face le système ne sont pas des facteurs démographiques indépendants de notre volonté, mais plutôt des facteurs technologiques qui, malgré leur ampleur, se prêtent bien à un processus public sur lequel nous avons la mainmise. Comme tout autre secteur de dépenses, nous devons faire des choix et, à cette fin, nous devons lancer un débat démocratique sain sur la façon d'aller de l'avant.

Jean-Marie Berthelot, vice-président, Programmes, Institut canadien d'information sur la santé : Bonjour. Au nom de l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS, j'aimerais vous remercier sincèrement de m'avoir invité à témoigner aujourd'hui. Comme bon nombre d'entre vous le savent, les dirigeants des milieux de la santé du Canada ont fondé l'institut, un organisme autonome voué à répondre aux questions fondamentales sur la santé des Canadiens et le système de santé au moyen d'une approche systématique en matière de collecte, d'échange et d'analyse des données. Le rôle de l'ICIS ne consiste pas à faire des prévisions ou à formuler des recommandations, mais plutôt à fournir de l'information opportune, exacte et

French and English that are relevant to the committee's study. I have a few charts for today's discussion. The first report is the *National Health Expenditure Trends, 1975-2007*. The second report is a summary of a specific study called *Health Care Use at the End of Life in Western Canada*. In some ways, it references Mr. Lee's comment on those associated expenditures. As well, I will speak to three figures on spending in relation to gross domestic product in Canada and abroad.

[Translation]

We have also prepared a short document that sets out some key points of the impact of the aging population on the health care system.

At the moment, the document is only available in English. Please accept our apologies. The French version will be provided to you in the next few days together with a complete English version. My comments will be largely in English. But I will be pleased to answer your questions in English or French, as you prefer.

[English]

I will begin with health care spending in Canada. CIHI tracks health spending in the national health expenditures data base, which is well known for health spending and is being used by many researchers in Canada. It provides an overview of health care spending by spending category and source of funding. It contains a historical series of health expenditures and statistics by province and territory. The last report was released on November 13 and includes data from 1975 to 2007.

In 2007, Canada is expected to spend \$160 billion, increasing from \$150 billion for health care in 2006. This includes both publicly-funded and privately-funded health care in Canada representing an annual increase of 6.6 per cent over 2006 or 3.2 per cent after adjusting for inflation and population growth.

For the eleventh consecutive year, health care spending is expected to outpace inflation and population growth. Since 1997, the trend appears to be due to reinvestment by federal, provincial and territorial governments after a period of fiscal restraint during the early and mid-1990s.

For the eleventh consecutive year, the public sector share of spending on health care is expected to remain relatively constant at about 70 per cent. Provincial and territorial governments account for more than 90 per cent of health care expenditures by all levels of government in Canada. Health care spending by these levels of government is expected to surpass \$100 billion for the

comparable sur la santé. J'ai fourni à la greffière du comité des exemplaires de deux rapports, en français et en anglais, qui sont pertinents à l'étude du comité. J'ai apporté quelques graphiques dont j'aimerais discuter aujourd'hui. Le premier rapport s'intitule *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2007*. Le deuxième est le sommaire d'une étude spécifique intitulée *Utilisation des soins de santé en fin de vie dans les provinces de l'Ouest du Canada*. De certaines façons, il fait écho au commentaire de M. Lee sur ces dépenses connexes. De plus, j'aimerais vous parler de trois graphiques sur les dépenses par rapport au produit intérieur brut au Canada et à l'étranger.

[Français]

Nous avons aussi préparé un bref document présentant certains faits saillants de l'impact du vieillissement de la population sur le système de santé.

Pour l'heure, ce document n'est disponible qu'en anglais. Veuillez nous en excuser. La version française vous sera acheminée dans les prochains jours avec une version anglaise complète. Mes commentaires seront principalement en anglais. Toutefois, il me fera plaisir de répondre à vos questions en français ou en anglais, à votre guise.

[Traduction]

Je vais commencer par les dépenses de santé au Canada. L'ICIS suit de près les dépenses en matière de santé grâce à la base de données sur les dépenses nationales de santé, un outil bien connu dans le domaine et utilisé par de nombreux chercheurs au Canada. La base de données présente un aperçu des dépenses de santé, selon la catégorie de dépenses et la source de financement. Elle contient une série historique des dépenses de santé et des statistiques par province et territoire. Le dernier rapport, publié le 13 novembre dernier, comprend des données allant de 1975 à 2007.

En 2007, on s'attend à ce que le Canada dépense 160 milliards de dollars au titre des soins de santé, une hausse par rapport aux 150 milliards en 2006. Ce montant comprend les soins de santé financés tant par les secteurs public que privé au Canada, ce qui représente une hausse annuelle de 6,6 p. 100 par rapport à 2006, ou de 3,2 p. 100 après le rajustement en fonction de l'inflation et de la croissance démographique.

Pour la onzième année d'affilée, on s'attend à ce que les dépenses de santé devancent l'inflation et la croissance démographique. La tendance observée depuis 1997 semble être attribuable au réinvestissement des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux après une période de restriction budgétaire durant la première moitié des années 1990.

Pour la onzième année consécutive, on s'attend à ce que la part des dépenses de santé attribuable au secteur public demeure relativement stable, à environ 70 p. 100. Les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux représentent plus de 90 p. 100 des dépenses de tous les paliers de gouvernement. Pour la première fois, les dépenses de santé de tous les paliers de

first time, which represents 65 per cent of all health care spending in Canada.

We were asked to address two questions before this committee.

The first is the health care costs associated with different age groups. Our report shows that in 2005 — the latest year available for age-specific data — per capita, health care spending by provincial and territorial governments was highest for infants under the age of 1 year at about \$7,400 per infant. For Canadians aged 65 years and over, it was about \$9,500 per person. This is in contrast to other Canadians, aged 1 to 64 years, where the average was \$1,700 per person.

We have to acknowledge that there is also a great variation among the different age groups for seniors, where the costs increase as age increases. For seniors 65 to 74 years of age, it was about \$6,000; for those aged 75 to 84 years, it was about \$11,000; and for seniors 85 years and above, it was about \$21,000.

The second question asked was in regard to the impact of population aging on health care costs. CIHI figures show that seniors aged 65 years and over accounted for an estimated 44.2 per cent of provincial and territorial government health spending in 2005, a proportion that has not changed significantly since 1998 when it was 43.6 per cent. This represents a relative share increase of 1.4 per cent in terms of the total spending allocated to seniors between 1998 and 2005.

During the same period, the population of seniors aged 65 years and over increased from 12.3 per cent to 13.1 per cent, a relative share increase of 6.5 per cent. This means the proportion of seniors has increased by 6.5 per cent since 1998, but their share of the provincial and territorial government health spending has increased by only 1.4 per cent.

Recent trends show an improvement in provincial-territorial government fiscal capacity. Provincial and territorial government revenues have exceeded expenditures since 2004. This surplus increased to \$8.4 billion in 2006. Provincial and territorial debt charges were 13.8 per cent of total expenditure and 15.8 per cent of revenues in 1993.

This situation has changed. Lower interest rates led to a lower debt charge of 9.8 per cent of expenditures and 9.6 per cent of revenues in 2006.

In 2006, provincial and territorial governments spent an average of 39.2 per cent of their total program spending — that is, total spending minus debt charges — on health care. Levels were similar in 2004 and 2005, with 2004 setting the record high at 39.6 per cent.

CIHI's report shows real increases in health care spending. Countries make choices about how much to spend on health care, and this spending is the result of those choices. Aging pressure is

gouvernement devraient dépasser les 100 milliards de dollars, ce qui correspond à 65 p. 100 du total des dépenses de santé au Canada.

Le comité nous a demandé de répondre à deux questions.

La première concerne les coûts liés aux soins de santé associés aux différents groupes d'âge. Notre rapport montre qu'en 2005 — la dernière année pour laquelle nous disposons de données par groupe d'âge — les dépenses de santé par habitant par les gouvernements provinciaux et territoriaux étaient les plus élevées chez les nourrissons de moins de un an, soit environ 7 400 \$ par enfant. Chez les Canadiens de 65 ans et plus, les dépenses se chiffraient à 9 500 \$ par personne. En revanche, les dépenses moyennes pour les autres Canadiens, âgés de 1 à 64 ans, étaient de 1 700 \$ par personne.

Nous devons reconnaître qu'il existe également un écart considérable entre les différents groupes d'âge chez les aînés, pour qui les coûts augmentent à mesure qu'ils avancent en âge. Pour les personnes âgées de 65 à 74 ans, c'était environ 6 000 \$; pour le groupe des 75 à 84 ans, environ 11 000 \$; et pour les 85 ans et plus, environ 21 000 \$.

La deuxième question qu'on nous a posée concerne les incidences du vieillissement de la population sur les coûts liés aux soins de santé. Les données de l'ICIS montrent que les personnes âgées de 65 ans et plus comptaient pour environ 44,2 p. 100 des dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux en 2005, une proportion qui n'a pas énormément changé depuis 1998, où elle était de 43,6 p. 100. La part relative a donc augmenté de 1,4 p. 100 par rapport au total des dépenses attribuées aux personnes âgées entre 1998 et 2005.

Durant la même période, le pourcentage des personnes âgées de 65 ans et plus est passé de 12,3 p. 100 à 13,1 p. 100, une hausse de la part relative de 6,5 p. 100. Cela signifie que la proportion de personnes âgées a augmenté de 6,5 p. 100 depuis 1998, mais que leur part des dépenses de santé provinciales et territoriales n'a augmenté que de 1,4 p. 100.

Les récentes tendances montrent une amélioration de la capacité budgétaire des gouvernements provinciaux et territoriaux qui enregistrent des recettes supérieures aux dépenses depuis 2004. Cet excédent est passé à 8,4 milliards de dollars en 2006. En 1993, les frais de la dette publique provinciale et territoriale représentaient 13,8 p. 100 du total des dépenses et 15,8 p. 100 des recettes.

Cette situation a changé. La diminution des taux d'intérêt a permis la baisse des frais de la dette publique, pour atteindre 9,8 p. 100 des dépenses et 9,6 p. 100 des recettes en 2006.

En 2006, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont consacré en moyenne 39,2 p. 100 du total de leurs dépenses de programmes — c'est-à-dire les dépenses totales moins les frais de la dette publique — aux soins de santé. Les taux ont été semblables en 2004 et en 2005, avec un niveau record de 39,6 p. 100 en 2004.

Le rapport de l'ICIS montre des hausses réelles dans les dépenses de santé. Chaque pays doit décider du montant qu'il veut dépenser au titre des soins de santé, et ces dépenses découlent

only one of many factors accounting for increases in health care spending. To illustrate the situation, health care spending was compared to the proportion of gross domestic product in relation to the proportion of seniors in high-income countries that are members of the Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD. No relationship was found to exist between the proportion of seniors and the GDP spent on health care.

For example, Japan has close to 20 per cent of its population aged 65 years and over while its total health care spending is below 8 per cent. The United States has 12 per cent of its population aged 65 years and spends more than 15 per cent of its GDP on health.

Looking at the 19 countries for which data is available in 2004, there is no relationship between the portion of seniors in the population and the GDP spent on health. Choices are made about how much is invested by a society in health care and in other areas.

We also examined the increase in the proportion of seniors over a 25-year period and the increase in the health care spending to see if aging was a driving factor. Data was available for 17 high-income countries. Again, no relationship was found between the increase in the proportion of seniors and the increase in the proportion of the GDP devoted to health. It must be acknowledged that Japan comes out as a real outlier in that area. Japan has seen more than a 100 per cent increase of its population of seniors but only a 25 per cent increase in terms of its GDP dedicated to health.

Canada's data was also examined to see if there was an association. At the provincial level, the relationship between the per capita spending on health and the proportion of seniors does not correlate. For example, Quebec has approximately 14 per cent of its population who are seniors and spent close to \$2,600 per person on health care in 2005. Alberta, which currently has a very positive economic situation, has less than 11 per cent of its population aged 65 years and over, but spent slightly under \$3,200 per capita. This is not to say that aging will not have any impact on health care spending. It is only to illustrate that health care is complex, and aging is only one of the many factors related to health care spending.

CIHI also reviewed the Senate committee preliminary report released in March 2007. We can provide information on two questions identified for further study.

First, with respect to falls prevention initiatives reducing the number of falls in recent years and the exploration of medical interaction in regards to falls, we have observed between 2000-01 and 2005-06 a reduction of 13 per cent in the age-adjusted

de ses choix. La pression exercée par une population vieillissante n'est qu'un des nombreux facteurs à l'origine de l'accroissement des dépenses de santé. Pour illustrer la situation, on a comparé les dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut et la proportion de personnes âgées dans des pays à revenu élevé qui sont membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques, l'OCDE. On n'a trouvé aucun lien entre la proportion de personnes âgées et la part du PIB consacrée aux soins de santé.

Par exemple, au Japon, près de 20 p. 100 de la population est âgée de 65 ans et plus, tandis que le total des dépenses de santé est inférieur à 8 p. 100. Aux États-Unis, 12 p. 100 des habitants sont âgés de 65 ans et plus et le pays consacre plus de 15 p. 100 de son PIB à la santé.

Lorsqu'on examine les 19 pays pour lesquels on dispose de données en 2004, on ne constate aucune relation entre la proportion de personnes âgées dans la population et la part du PIB consacrée à la santé. Des choix sont faits pour déterminer combien une société donnée est prête à investir dans les soins de santé et d'autres domaines.

Par ailleurs, nous avons examiné la hausse du pourcentage des personnes âgées sur une période de 25 ans et la hausse des dépenses de santé afin de voir si le vieillissement jouait un rôle. Nous disposions des données sur 17 pays à revenu élevé. Encore une fois, aucune relation n'a été établie entre la hausse du pourcentage des personnes âgées et l'augmentation de la part du PIB consacrée à la santé. Il faut reconnaître que le Japon semble une véritable aberration dans ce domaine. Le Japon a connu une croissance de plus de 100 p. 100 de sa population de personnes âgées, mais sa part du PIB consacrée à la santé n'a augmenté que de 25 p. 100.

Nous avons également examiné les données relatives au Canada pour voir s'il y avait un lien. Au palier provincial, il n'y a aucune corrélation entre les dépenses de santé par habitant et la proportion de personnes âgées. Par exemple, au Québec, les personnes âgées représentent environ 14 p. 100 de la population, et la province a dépensé près de 2 600 \$ par personne au titre des soins de santé en 2005. L'Alberta, dont la situation économique est actuellement florissante, compte moins de 11 p. 100 de personnes âgées parmi sa population, mais a dépensé un peu moins de 3 200 \$ par habitant. Cela ne veut pas dire que le vieillissement n'aura aucune incidence sur les dépenses de santé. Ces chiffres servent uniquement à illustrer la complexité du système des soins de santé et à montrer que le vieillissement n'est qu'un des nombreux facteurs liés aux dépenses de santé.

L'ICIS a également examiné le rapport préliminaire du comité sénatorial, rendu public en mars 2007. Nous pouvons fournir des renseignements sur deux questions à examiner plus à fond.

Premièrement, en ce qui concerne les initiatives de prévention visant à réduire le nombre de chutes ces dernières années et l'examen du rôle que jouent les interactions médicamenteuses dans les chutes, nous avons observé entre

hip fracture hospitalization rate in seniors. This indicates that the risk of hip fracture is decreasing in seniors.

The second question was with respect to what is being done to meet the anticipated need for geriatric and gerontological health professionals.

Between 1995 and 2006, the number of geriatric specialists in Canada nearly doubled from 111 to 204. The number of nurses employed in geriatric or long-term care has remained relatively stable since 1995 at about 26 per cent. The briefing will provide more information in terms of the human health resources and its impact on aging.

Joe Ruggeri, Professor, Department of Economics, University of New Brunswick, as an individual: I am honoured to have been called to share with this committee the findings of my research on the fiscal implications of population aging.

Population aging has important impacts on economic performance, the fiscal health of the nation and the equity aspects of federal transfers.

On the fiscal side, the debate on the impact of population aging has been one-sided. It has focused on the burden that seniors allegedly impose on the health care system, often exaggerating its dimensions, but it has ignored the contributions seniors make to society in general and to government coffers in particular.

Last year, I completed a detailed study on the fiscal benefits received and the contributions made by different age groups. My general conclusion is that, at the national level, even moderate growth rates will be able to finance the existing system of public funding of health care in Canada; we can afford even better quality health care if that is what we value. Further, we can reduce the burden on the health care system by pursuing policies that enhance environmental quality, improve conditions in the workplace and reduce poverty.

On the fiscal federalism side, where I will focus mostly, there are two fundamental issues: The adequacy of the federal contribution to provinces and the degree of interprovincial equity in the federal contributions. I will confine my comments to the second issue.

With respect to equity, two issues must be addressed. The first issue is whether the recent changes to the financing of the Canada Social Transfers, CST — which later will be extended to the Canada Health Transfers, CHT — meet horizontal equity criteria. The second issue is whether a case can be made for a

2000-2001 et 2005-2006 une réduction de 13 p. 100 du taux d'hospitalisation, ajusté selon l'âge, pour une fracture de la hanche chez les personnes âgées. C'est donc dire que le risque d'une fracture de la hanche diminue chez les personnes âgées.

La deuxième question concerne les mesures prises pour répondre aux besoins prévus de professionnels des soins gériatriques et gérontologiques.

Entre 1995 et 2006, le nombre de spécialistes en gériatrie au Canada a presque doublé, passant de 111 à 204. Le nombre d'infirmiers et infirmières en gériatrie ou en soins de longue durée est demeuré relativement stable depuis 1995, à environ 26 p. 100. Le document d'information fournira de plus amples renseignements sur les ressources humaines en santé et leur impact sur le vieillissement.

Joe Ruggeri, professeur, Département d'économie, Université du Nouveau-Brunswick, à titre personnel : Je suis honoré d'avoir été invité à vous faire part des conclusions de mes recherches sur les répercussions financières du vieillissement de la population.

Le vieillissement de la population a des incidences importantes sur le rendement économique, la santé financière du pays et la notion d'équité dans les transferts fédéraux.

Du côté financier, le débat sur l'incidence du vieillissement démographique a été partial, car on s'est concentré sur le fardeau que les personnes âgées représentent supposément pour le système de soins de santé. On a souvent exagéré les dimensions de ce phénomène, tout en faisant fi des contributions que les aînés apportent à la société en général et aux coffres du gouvernement en particulier.

L'année dernière, j'ai terminé une étude détaillée sur les avantages financiers obtenus par les différents groupes d'âge en regard de leurs contributions. J'en suis venu à la conclusion générale qu'à l'échelle nationale, même avec des taux de croissance modérés, nous pourrions financer le système actuel de financement public des soins de santé au Canada; nous avons les moyens d'accroître la qualité des soins de santé si c'est ce que nous valorisons. De plus, nous pouvons réduire le fardeau qui pèse sur le système de soins de santé grâce à l'élaboration de politiques qui augmentent la qualité environnementale, améliorent les conditions en milieu de travail et réduisent la pauvreté.

Pour ce qui est du fédéralisme fiscal, sur lequel je vais surtout me pencher, il existe deux questions fondamentales : la pertinence de la contribution fédérale aux provinces et le degré d'équité interprovinciale dans les contributions fédérales. Je vais limiter mes observations à la seconde question.

Sur le plan de l'équité, il faut examiner deux questions. La première consiste à déterminer si les récents changements apportés au financement du Transfert canadien en matière de programmes sociaux, le TCPS — dont la portée sera élargie plus tard pour inclure le Transfert canadien en matière de santé, le

special supplement to the CST based on interprovincial differences in the age distribution of the population.

With respect to the first issue, I have shown in a recent paper published by the Caledon Institute of Social Policy that this equity principle has been violated in the new fiscal arrangement for the CST introduced in the 2007 federal budget. It will be violated again when these arrangements are extended to the CHT.

With respect to the second issue, it is important to emphasize that of the three national programs in Canada — health care, post-secondary education and social services — only the first one touches on the entire population. Moreover, health care is the only national program whose costs are strongly influenced by the senior population.

Recent estimates by the Canadian Institute for Health Information show how widely per capita government expenditures for health care vary by age group. For example, in 2004, the average health care cost to the New Brunswick government for a person in the 75 to 84 age group was nearly seven times the average cost for a person in the 25 to 44 age group. This means that the per capita health costs in each province are affected by that specific province's age distribution of population. We must look at this issue on a province-by-province basis, not just on a national basis.

Estimates and projections by Statistics Canada show that the age distribution of the population, and in particular the proportion of people over 65 years of age, varies among provinces, and that variation will expand over time.

In 2004, the share of the population 65 years and over in New Brunswick was just less than 1 percentage point higher than Canada as a whole. This difference will increase to 2.2 percentage points in 2014 and 5.1 percentage points in 2030. In 2030, 28.2 per cent of New Brunswick's population will be over 65, compared to 23.1 per cent of the Canadian population as a whole.

It is the combination of different per capita health costs by age group and the interprovincial variation in the population age distribution that puts into question the use of equal per capita Canada Health Transfers.

The extra cost of health care in New Brunswick, caused by its faster growth rate of population aging, will increase over time. In about 10 years, it will be very substantial and, in my view, it will be the single most significant threat to the long-term sustainability of the New Brunswick fiscal system. It will also apply to provinces such as Prince Edward Island and Nova Scotia; it would have also

TCS — répondent à des critères d'équité horizontale. La deuxième question consiste à déterminer s'il est justifié de demander un supplément spécial au TCPS, en fonction des différences interprovinciales dans la répartition par âge de la population.

En ce qui a trait à la première question, j'ai montré dans un récent document publié par le Caledon Institute of Social Policy que le principe d'équité a été bafoué dans le nouvel accord fiscal pour le TCPS, adopté dans le budget fédéral de 2007. Ce principe sera transgressé de nouveau lorsqu'on élargira la portée de ces accords pour inclure le TCS.

Passons maintenant à la deuxième question. Il importe de souligner que parmi les trois programmes nationaux au Canada — à savoir, les soins de santé, l'enseignement postsecondaire et les services sociaux — seul le premier touche toute la population. Qui plus est, les soins de santé constituent le seul programme national dont les coûts sont fortement influencés par le groupe des personnes âgées.

Les récentes estimations de l'Institut canadien d'information sur la santé montrent à quel point les dépenses gouvernementales par habitant au titre des soins de santé varient selon le groupe d'âge. Par exemple, en 2004, les coûts moyens des soins de santé engagés par le gouvernement du Nouveau-Brunswick pour une personne dans le groupe d'âge des 75 à 84 ans étaient supérieurs de presque sept fois au coût moyen pour une personne dans le groupe d'âge des 25 à 44 ans. Cela signifie que les coûts de santé par habitant dans chaque province sont influencés par la répartition par âge de la population de cette province. Nous devons donc examiner cette question province par province, et non pas seulement à l'échelle nationale.

Les estimations et les projections de Statistique Canada démontrent que la distribution de l'âge de la population, et en particulier la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans, varie entre les provinces, et cet écart s'accroîtra avec le temps.

En 2004, la proportion de la population âgée de 65 ans et plus au Nouveau-Brunswick était d'un peu moins de un point de pourcentage de plus que dans le reste du Canada dans son ensemble. Cet écart augmentera à 2,2 points de pourcentage en 2014 et à 5,1 points de pourcentage en 2030. En 2030, 28,2 p. 100 de la population du Nouveau-Brunswick aura plus de 65 ans, comparativement à 23,1 p. 100 de la population canadienne dans son ensemble.

C'est la combinaison de coûts différents de la santé par habitant, par groupe d'âge et la variation entre provinces dans la répartition de l'âge de la population qui remettent en question la validité des transferts égaux par habitant en matière de santé.

Les coûts supplémentaires des soins de santé au Nouveau-Brunswick, qu'entraîne la croissance plus rapide de la population qui vieillit, augmenteront avec le temps. Dans une dizaine d'années, ils seront d'importance et ce sera, à mon avis, la plus grande menace qui pèsera sur la viabilité à long terme du régime financier du Nouveau-Brunswick. Il en sera de même

applied to Newfoundland, but they may have enough financial clout by that time.

The numbers from my original paper have been reworked based on the recent information from the Canadian Institute for Health Information. The results are the same. In 2004, the actual per capita health care spending by the New Brunswick government, excluding capital spending, was \$2,479. If New Brunswick had the same age distribution as that of the country as a whole, this value would have been \$2,380. This means that the higher level of population aging in New Brunswick increased provincial health care spending in that province by an average of nearly \$100. It is not very much, and that is why no one is paying much attention to it. However, the per capita differential spending increases to \$296 in 2014 and to over \$1,000 in 2030.

Therefore, when we multiply these per capita values by the New Brunswick population, we obtain the total difference in the cost to be borne entirely by that provincial government. In 2004, the extra cost for the New Brunswick government for the higher level of population aging was only \$75 million. This extra cost will increase to \$225 million a year in 2014, and \$782 million in 2030.

I calculated these numbers for every year from 2004 to 2030, and discounted them by the rate of inflation of 2 per cent, which is the same rate that is usually incorporated in the estimates of health care spending. Over the entire period from 2004 to 2030, the cumulative value of this additional cost to the New Brunswick government will amount to \$6 billion at today's dollar value. To put it into perspective, this amount equals the total budget of the New Brunswick government in 2006-07.

In conclusion, unequal rates of population aging across Canada will have serious implications for provincial budgets and also for regional economic and fiscal disparities. The inequities introduced in the proposed new formula for allocating cash payments to provinces will aggravate the situation.

I have three recommendations. We need to restore interprovincial equity in the basic structure of the CHT financing, which assumes equal per capita costs. We need to introduce a special, and separate, cash supplement for provinces with faster rates of population aging. Finally, we should recognize that the interprovincial dimensions of population aging go far beyond health care financing. Therefore, I suggest the establishment of a joint federal-provincial task force to conduct a thorough study of the economic and fiscal impacts of population aging and its effects on fiscal federalism.

pour les provinces comme l'Île-du-Prince-Édouard et la Nouvelle-Écosse; cela aurait été aussi le cas de Terre-Neuve, mais peut-être la province aura-t-elle gagné suffisamment de poids financier d'ici là.

Les chiffres de mon document original ont été révisés à la lumière de renseignements récents obtenus de l'Institut canadien d'information sur la santé. Les résultats sont les mêmes. En 2004, la dépense réelle par habitant sur la santé du gouvernement du Nouveau-Brunswick, à l'exclusion de la dépense en capital, se chiffrait à 2 479 \$. Si le Nouveau-Brunswick avait la même répartition de l'âge que le reste du pays, cela aurait été 2 380 \$. Cela signifie que la plus grande proportion de population plus âgée au Nouveau-Brunswick a augmenté les frais de la province en matière de santé d'une moyenne de près de 100 \$. Ce n'est pas beaucoup, et c'est pourquoi personne n'y fait très attention. Pourtant, la dépense différentielle par habitant augmente à 287 \$ en 2014, et à plus de 1 000 \$ en 2030.

Par conséquent, quand on multiplie ces valeurs par habitant par la population du Nouveau-Brunswick, on obtient le total de la différence des coûts que devra entièrement assumer le gouvernement de la province. En 2004, le coût supplémentaire, pour le gouvernement du Nouveau-Brunswick, que l'on peut attribuer à la plus grande proportion de population plus âgée, n'était que de 75 millions de dollars. En 2014 ce sera de 225 millions de dollars, et 782 millions de dollars en 2030.

J'ai calculé ces sommes pour chaque année de 2004 à 2030, en tenant compte d'un taux d'inflation de 2 p. 100, soit le même qui est généralement calculé dans les estimations des dépenses en santé. Sur toute la période de 2004 à 2030, le chiffre cumulé de ce coût supplémentaire pour le gouvernement du Nouveau-Brunswick sera de 6 milliards de dollars, selon la valeur actuelle du dollar. Pour mettre les choses en perspective, ce montant est égal au budget total du gouvernement du Nouveau-Brunswick pour 2006-2007.

Pour terminer, l'inégalité des proportions de la population qui vieillit dans tout le Canada aura de sérieuses répercussions sur les budgets provinciaux, et aussi sur les disparités économiques et fiscales entre régions. Les iniquités qu'a créées la nouvelle formule proposée de répartition des paiements en espèces aux provinces ne feront qu'aggraver la situation.

J'ai trois recommandations à faire. Nous devons rétablir l'équité entre provinces dans la structure fondamentale du financement du Transfert canadien pour la santé, fondée sur le postulat des coûts égaux par habitant. Nous devons créer un supplément spécial et distinct pour les provinces dont la population accuse un vieillissement plus rapide. Enfin, nous devrions reconnaître que les dimensions du vieillissement de la population entre provinces vont bien au-delà du financement des soins de santé. Par conséquent, je suggère la création d'un groupe de travail mixte fédéral-provincial pour effectuer une étude approfondie des impacts économiques et fiscaux du vieillissement de la population et de ses effets sur le fédéralisme fiscal.

The Chair: Thank you very much. I wish you had been a “fly on the wall” last week when we had the discussion of per capita funding with the Department of Finance Canada. They seemed to think that everything smelt like roses.

Let me begin our questioning this afternoon with Senator Keon.

Senator Keon: There is so much to go into, but I would like to start with Mr. Ruggeri. As our chairman mentioned, the financial people told us last week that the formulas are there. They have the formulas in the transfer payments and in the financial equity to compensate for the kind of problems you have just described. If one province has more needs because of an aging population, the transfer payments and the equalization payments will find a way of balancing that out.

I was not satisfied with that because I feel they are looking at the situation from a very high level, but when we get to the ground, that is not happening. Would you expand on your recommendations? You are calling for another look at this.

Mr. Ruggeri: Yes. The programs that we have are based on equal per capita payments. Equalization is just an equal per capita payment and is not directly related to health care. If health care costs are higher in New Brunswick, it would be because of population aging. Equalization will not take that into consideration because, for them, age is irrelevant for that program. Equalization is not really aimed at that and is not geared for that. The Canada Health Transfer was set up in a manner, before this budget, that took into consideration or at least took care of the equal costs.

The basic assumption between both programs is the per capita cost across the country. That is why this needs to be a separate supplement. The way that the equity in this program was introduced was the combination of the cash transfers and the value of the tax points, which was the total value of resources acquired by the provinces starting in 1977 with the establishment program financing and later on in 1995, so that every province received equal per capita transfer of total resources, a combination of the two.

However, in the 2007 budget, the system has been changed where the cash is equal but the tax points are not because they are not equalized to the top, as they used to be. The system we have now, and whenever it will be extended to 2014-15 to the Canada Health Transfers, will provide more total per capita resources to the provinces that have the least pressures on health care. These will be Alberta and Ontario, whose population on average will be much younger than in the Atlantic regions and even in Quebec.

Senator Keon: Mr. Lee, perhaps you could start, but I would like the whole panel to respond to this. The difference between Canada and Japan has been raised already, and it is very curious. I wonder if it does not have to do with the philosophy of end of

Le président : Merci beaucoup. J'aurais bien aimé que vous ayez pu assister la semaine dernière à une discussion que nous avons eue avec le ministère des Finances au sujet du financement par habitant. Ils semblent penser que tout va comme sur des roulettes.

Permettez-moi d'entamer notre période de questions cet après-midi avec le sénateur Keon.

Le sénateur Keon : Il y a tant de choses dont il faudrait parler, mais je commencerai avec M. Ruggeri. Comme l'a dit notre président, les gens du ministère des Finances nous ont dit la semaine dernière que les formules existent. Ils appliquent des formules dans les paiements de transfert et l'avoir financier pour compenser pour le genre de problèmes que vous venez de décrire. Si une province a des besoins plus grands à cause d'une population vieillissante, les paiements de transfert et les paiements de péréquation trouveront le moyen d'équilibrer tout cela.

Je n'en suis pas satisfait parce que j'ai l'impression qu'ils observent la situation de très haut, mais au niveau du sol, rien n'arrive. Est-ce que vous pourriez expliquer un peu vos recommandations? Vous suggérez un autre examen du sujet.

M. Ruggeri : Oui. Les programmes que nous avons partent du principe de paiements égaux par habitant. La péréquation n'est qu'un paiement égal par habitant, et n'est pas directement liée aux soins de santé. Si les coûts des soins de santé sont plus élevés au Nouveau-Brunswick, ce serait à cause du vieillissement de la population. La péréquation n'en tient pas compte, parce que pour eux, l'âge n'est pas pris en compte dans ce programme. Ce n'est pas vraiment ce que vise la péréquation, elle n'est pas prévue pour cela. Le Transfert canadien pour la santé a été créé d'une manière, avant ce budget, à en tenir en compte, ou du moins à régler la question des coûts égaux.

Les deux programmes partent de l'hypothèse de base du coût par habitant dans tout le pays. C'est pourquoi il faut un supplément distinct. La manière dont l'équité a été assurée dans ce programme, c'est en combinant les transferts en espèces et la valeur des points d'impôt, soit la valeur totale des ressources acquises par la province à compter de 1977, avec le financement du programme d'établissement et, plus tard en 1995, afin que chaque province reçoive un transfert égal par habitant du total des ressources, ce qui est une combinaison des deux.

Cependant, dans le budget de 2007, le système a été modifié de manière que le montant en espèces est égal, mais les points fiscaux ne le sont pas parce qu'il n'y a pas de péréquation au plus haut niveau, comme c'était le cas auparavant. Le système que nous avons maintenant, et quand il sera prolongé jusqu'en 2014-15 et intégré au Transfert canadien pour la santé, versera plus de ressources par habitant, globalement, aux provinces qui subissent le moins de pressions au plan de la santé. Ce sera donc l'Alberta et l'Ontario, dont la population en moyenne sera nettement plus jeune que dans les régions de l'Atlantique, et même au Québec.

Le sénateur Keon : Monsieur Lee, peut-être pourriez-vous commencer, mais j'aimerais que tous les témoins puissent répondre à ce qui suit. Il a déjà été question de la différence entre le Canada et le Japon, et c'est très curieux. Je me demande si

life, which, as you have told us, is expensive in health care whether it occurs in the first year or last year of life. For some reason, the Japanese are not seeing the increase in cost as the elderly spend their last year.

I have never seen or heard of any data that has drilled down on end-of-life situations as it affects aging — forget about the first year of life, but as it affects aging. Here is an enormous opportunity for some useful interventions. Senator Carstairs, in her work with a palliative care and so forth, has contributed much to this. We are now reaching a point in Canada where people want to die at home rather than in the hospital, comfortably rather than hooked up to expensive equipment and such.

Mr. Lee, do you know of any data bank that can take us specifically to the fundamental terminal events at end of life that would sort out the effect of this on the increase in the health care costs to the aging population?

Mr. Lee: Listed in the references to my paper are a couple of studies that are relevant to that question. I would be happy to provide all of the gory details, should you wish them.

Hogan and Pollak did a study in 2001. They divided the population into over 65 years of age and under 65 years of age, and then further split it into two groups, people who were in their final year of life and those who were not. They found that there is a pure aging effect. It essentially doubles for the over 65 years of age group compared to the under 65 years of age group, both of which are not in their final year of life. However, they found that for both the under 65 and over 65 age groups, there is a tremendous increase in the costs for that final year of life. For the under 65 age group, not in the final year of life, it is approximately \$368 per capita per year. For the over 65 age group, not in their final year of life, it jumps up to \$670 or so. For all groups in their final year of life, there are different numbers for men and women but ranging from \$30,000 to \$50,000 per capita per year. Those are some pretty significant findings that put some empirical data to the question you are posing.

Another study was done by Kim McGrail and others, who also looked at this in the context of long-term and acute care spending, using microdata. They have come to a similar finding that most of what is happening is really what is happening in this final year of life. The pattern that we see in terms of average per capita spending by different age groups can be explained, in large part — at least the degree to which the over 85 year olds deviate from

elle n'a pas quelque chose à voir avec la philosophie de la fin de vie qui, comme vous nous l'avez dit, est coûteuse en soins de santé, que ce soit la première année de vie ou la fin de la vie. Pour une raison ou une autre, les Japonais ne voient pas d'augmentation des coûts pendant la dernière année de vie des personnes âgées.

Je n'ai jamais vu ni entendu parler de données portant précisément sur la situation en fin de vie, en ce qui concerne le vieillissement — laissons de côté la première année de vie et parlons du vieillissement. Voici là une fabuleuse occasion de faire des interventions utiles. Le sénateur Carstairs, avec son travail sur les soins palliatifs et autres, y a largement contribué. Nous arrivons à un point, au Canada, où les gens veulent mourir chez eux plutôt qu'à l'hôpital, dans le confort plutôt que branchés à toutes sortes d'appareils coûteux.

Monsieur Lee, savez-vous s'il existe une banque de données qui pourrait nous exposer précisément les événements fondamentaux de la fin de la vie en faisant la part entre l'effet de ceci sur l'augmentation des coûts des soins de santé et la population vieillissante?

M. Lee : Dans les références que j'ai données dans mon document se trouvent quelques études qui portent sur le sujet. Je vous en exposerai volontiers tous les détails sordides si vous le voulez.

Hogan et Pollak ont fait une étude en 2001. Ils ont réparti la population entre les personnes âgées de plus et de moins de 65 ans, et encore en deux groupes, soit ceux qui vivaient leurs dernières années et ceux qui allaient continuer. Ils ont constaté un effet pur du vieillissement. Le coût double, en gros, pour le groupe d'âge de plus de 65 ans comparativement à celui de moins de 65 ans quand ces gens n'en sont pas à leur dernière année de vie. Cependant, ils ont trouvé que tant pour les groupes d'âge de plus que de moins de 65 ans, il y a une augmentation phénoménale des coûts pendant la dernière année de vie. Pour le groupe des personnes de moins de 65 ans qui ne vivent pas leur dernière année, c'est environ 368 \$ par habitant par année. Pour le groupe des personnes de plus de 65 ans qui ne vivent pas leur dernière année, ce chiffre passe à 670 \$ environ. Pour tous les groupes, dans la dernière année de vie, les chiffres diffèrent entre les hommes et les femmes, mais c'est de l'ordre de 30 000 à 50 000 \$ par habitant par année. Ce sont là des constatations très importantes qui intègrent des données empiriques à la question que vous posez.

Une autre étude a été faite par Kim McGrail et ses collègues, qui se sont aussi intéressés à la question dans le contexte de la dépense en soins de longue durée et de courte durée, en s'appuyant sur des microdonnées. Ils sont arrivés à des conclusions similaires, c'est-à-dire que la plus grande partie de ce qui arrive se passe pendant la dernière année de vie. La ventilation que nous observons, en terme de moyenne de dépenses

groups aged under 65, with this end of life and simply the demographics of what is happening in that particular age group.

Senator Keon: Doctor Evans, before you respond, let me try to focus this. Do you know of any information that separates that last year of life in the elderly and the terminal events in that last year in Canada as opposed to Japan?

Mr. Evans: As opposed to Japan, no, I do not. I do know a little bit about the last study that Mr. Lee referred to because it was done at our centre. Kim McGrail is one of my associates. There are several important things you need to keep in mind about those numbers. The big component of cost in that last year of life is long-term institutional care. Once we start talking about people over 85 years of age, we are talking about a high proportion of people in long-term institutional care. If a person has been in long-term care, in institutional care, in a bed, for a year or two years prior to death, which is often the case — some people do come back out into the community but most do not — that does create a large loading of cost in that last year.

The costs are not in the television picture of heroic measures being applied to keep people alive for another 24 hours. The costs in that last year of life, particularly for the very elderly, have to do with forms of institutional care.

I can speak from personal experience about people wanting to die at home. Within the last two years, I have lost both my mother and mother-in-law, who were able to die at home, exactly what they wanted, as a result of effective, high-quality community support in Ottawa and Victoria. Those were, as much as any death can be, good deaths. Spending two years — that is long, but it happens — in an institutional setting is not a good death, but it generates a lot of costs.

As for the palliative care, as a member of the royal commission in B.C. nearly 20 years ago now, we had a chance to talk to many people running palliative care programs on the ground and found that the term covered a multitude of sins. It ranged from the classic palliative care concept, which the Zorzas pioneered with the death of their daughter, in which the setting is made as home-like as possible. It is in the home, if possible; if not, it is in a home-like setting, and the heavy-duty, high-tech interventions are withdrawn.

There were one or two programs that were exemplary in that form, where one could say to oneself yes, I could die here too — though not today perhaps.

par habitant selon les différents groupes d'âge, peut être expliquée, en grande partie — du moins la mesure dans laquelle les personnes âgées de plus de 85 ans se démarquent des groupes âgés de moins de 65 ans — par ce facteur de fin de vie et, simplement, les données démographiques de ce qui arrive dans ce groupe d'âge particulier.

Le sénateur Keon : Docteur Evans, avant de répondre, permettez-moi de préciser un peu ma question. Est-ce que vous connaissez des études qui comparent cette dernière année de vie chez les personnes âgées et les événements de fin de vie, pendant cette dernière année au Canada, avec le Japon?

M. Evans : Comparativement au Japon, non je ne le sais pas. Je suis un peu au courant de la dernière étude dont a parlé M. Lee, parce qu'elle a été effectuée dans notre centre. Kim McGrail est une collègue. Il y a plusieurs facteurs importants qu'il ne faut pas oublier quand on parle de ces chiffres. La grande composante du coût, pendant cette dernière année de vie, est constituée des soins de longue durée en institution. Une fois qu'on commence à parler de gens de plus de 85 ans, on parle d'une forte proportion de personnes qui vivent dans des établissements de soins de longue durée. Si quelqu'un passe un an ou deux dans un tel établissement, dans un lit, avant de mourir, ce qui est souvent le cas — certains reviennent dans la communauté, mais la plupart, non — cela crée une énorme surcharge des coûts pendant la dernière année.

Les coûts ne sont pas mentionnés dans l'image que donne la télévision des mesures héroïques qui sont prises pour garder des gens en vie 24 heures de plus. Les coûts de cette dernière année de vie, particulièrement pour les personnes très âgées, sont reliés à certaines formes de soins en institution.

Je peux parler d'après mon expérience personnelle de gens qui veulent mourir chez eux. Ces deux dernières années, j'ai perdu ma mère et ma belle-mère, qui ont pu mourir chez elles, exactement comme elles le souhaitaient, grâce à un soutien efficace et de grande qualité qu'elles ont reçu de la communauté à Ottawa et Victoria. Elles ont eu, dans la mesure où une mort peut être bonne, de bonnes morts. Le fait de passer deux ans — c'est long, mais cela arrive — dans un cadre institutionnel ne fait pas une bonne mort, mais cela génère d'énormes coûts.

Quant aux soins palliatifs, en ma qualité de membre de la commission royale en Colombie-Britannique, il y a quelque 20 ans, maintenant, nous avons eu l'occasion de parler à bien des gens qui dirigeaient des programmes de soins palliatifs sur le terrain, et nous avons constaté que le terme comportait une multitude de sens. Cela allait du concept classique des soins palliatifs, que les Zorzas ont lancé avec le décès de leur fille, où un cadre est créé qui reproduit autant que possible celui du domicile. C'est chez soi, si possible; si ça ne l'est pas, c'est dans un cadre semblable à chez soi, et les lourdes interventions de pointe sont supprimées.

Il y a eu un ou deux programmes exemplaires de ce genre, où quelqu'un pouvait se dire oui, je pourrais, moi aussi, mourir ici — mais peut-être pas aujourd'hui.

There were people who labelled palliative care as simply the addition of some sort of psychological support services to people in regular wards or in intensive care units. In other words, the concept of palliative care had not gotten through and was a way of loading additional services on to the process of dying.

I have a concern here with Mr. Lee's language, when he talks about enrichment of services over time. There is no question that we are doing more things to the elderly, and for the elderly, whether or not they are in that last year of life. Those utilization-by-age curves are going up in terms of everything but actual in-patient beds. Much more is happening.

However, the point I want to emphasize with the comparison between Vancouver, Toronto and Halifax with respect to cardiac care is that it is not clear whether what is happening has any benefits to the patient. More detailed studies done in the U.S. of those geographic, clinical variations show that in that context — we do not know if it is true in Canada — the more intensive servicing is associated with higher mortality, not lower, after adjusting for the condition of the patient.

The term "enrichment," used in all innocence, carries with it the implication that this is actually doing people some good. The answer to that is yes, in many cases it is; and in many cases, it is not. We need to focus our attention on sorting those areas out. Senator Keon will remember some of the data I presented in Ottawa about a month ago, from the report from the Canadian Institutes for Health Research and the Heart and Stroke Foundation of Canada, which illustrated that very powerfully.

Senator Keon: Mr. Berthelot, did anything come up in your CIHI data that shed light on this issue that I have raised? Are we confusing aging with end of life from a medical-economic point of view?

Mr. Berthelot: We just did a study looking at end of life in four Western provinces, but we focused on people who died. We did not have a control group, and I think we should look at that.

It is mainly a repetition of what other witnesses have said, which is that there is clearly an increase in the end-of-life costs. That increase seems to be larger for terminally ill patients than for those who suffer a sudden death. We looked at the proportion of people who died in hospital, and it varied significantly. Two-thirds of terminally ill patients died in hospital; for those with organ failure, it was 60 per cent; and for sudden deaths, it was about 30 per cent. Depending on the disease people have, there is an impact.

We also have to acknowledge that with aging come chronic conditions, which, in themselves, will generate some costs. I am not aware of a study that looks at the impact of end of life specifically and removes it in aging. However, we know that aging is also related to arthritis, which needs hip and knee replacement;

D'aucuns ont qualifié les soins palliatifs de simple ajout d'une espèce de service de soutien psychologique pour les patients des services de soins réguliers ou de soins intensifs. Autrement dit, le concept des soins palliatifs n'était pas passé et était un moyen d'ajouter d'autres services au processus de la mort.

Je m'inquiète des propos de M. Lee, quand il parle d'enrichissement des services avec le temps. Il ne fait pas de doute que nous faisons plus aux personnes âgées et pour les personnes âgées, qu'elles soient ou non en train de vivre cette dernière année. Ces courbes d'utilisation par âge sont en hausse sur tous les plans, à part celui du nombre de lits pour les patients hospitalisés. Il se passe bien d'autres choses.

Cependant, ce sur quoi j'aimerais insister, en ce qui concerne la comparaison entre Vancouver, Toronto et Halifax, relativement aux soins cardiologiques, c'est qu'on ne sait pas encore exactement si ce qui se passe est avantageux pour le patient. Les études plus détaillées effectuées aux États-Unis sur ces variations géographiques et cliniques démontrent que dans ce contexte — on ne sait pas si c'est aussi vrai au Canada — l'offre plus intensive de services est associée à un plus haut taux de mortalité, au lieu de plus bas, après ajustement à l'état du patient.

Le terme « enrichissement » employé en toute innocence, est porteur du sous-entendu que c'est, en fait, bon pour la population. La réponse à cela, c'est oui, bien souvent, c'est vrai; et bien souvent ça ne l'est pas. Nous devons nous efforcer de faire la part des choses. Le sénateur Keon se rappelle certainement de certaines données que j'ai présentées à Ottawa il y a près d'un mois, extraites du rapport des Instituts canadiens de recherche en santé et de la Fondation des maladies du cœur du Canada, qui illustraient cette réalité de façon très convaincante.

Le sénateur Keon : Monsieur Berthelot, y a-t-il quoi que ce soit, dans les données de l'ICIS, qui fasse la lumière sur le problème que j'ai soulevé? Est-ce que nous confondons le vieillissement avec la fin de vie, d'un point de vue médico-économique?

M. Berthelot : Nous venons de terminer une étude portant sur la fin de la vie dans quatre provinces de l'Ouest, mais nous nous sommes concentrés sur les personnes qui mouraient. Nous n'avions pas de groupe de contrôle, et je pense qu'il faudrait l'envisager.

C'est surtout une répétition de ce que d'autres témoins ont dit, c'est-à-dire qu'il y a nettement une augmentation des coûts en fin de vie. Cette augmentation semble plus importante pour les personnes en phase terminale que pour ceux qui meurent subitement. Nous avons étudié la proportion des gens qui mouraient à l'hôpital, et les coûts variaient énormément. Deux tiers des patients en phase terminale mouraient à l'hôpital; de ceux qui souffraient d'une insuffisance des organes, c'était 60 p. 100; pour les morts subites, c'était 30 p. 100. La nature des maladies dont les gens souffrent fait une différence.

Nous devons aussi reconnaître qu'avec le vieillissement viennent les troubles chroniques qui, en soit, engendrent des coûts. Je ne connais aucune étude qui ait porté sur l'incidence de la fin de vie précisément, et qui la supprime avec le vieillissement. Cependant, nous savons que le vieillissement est aussi lié à

it is related to heart disease and cancer. Obviously, people do not necessarily die when they are diagnosed with a disease, so there is also an increased cost of diabetes and other chronic conditions.

We always use Japan because it is a counter example. However, if we look at the current spending in 2004 and the proportion of seniors, Italy, Japan and Germany are very close in terms of the proportion of seniors. Italy is below Canada in its GDP and Germany is just a bit higher. Even in countries that are more Western-style cultures, we see a great variation in the amount of gross domestic product devoted to health or health care. It is not just a Japanese phenomenon; they are perhaps the most extreme example, but we see it in other industrialized countries.

The Chair: Mr. Ruggeri, you mentioned something that was very interesting. I must say that my orientation was to recognize that there was a per capita deficit; that if some provinces that were aging more rapidly than other provinces, and the same per capita sums of money were being given for seniors programs — putting aside health care programs, which obviously would be a significant part — then the exact same anomaly that you made reference to would be created.

We had the Department of Finance people here last week, who mentioned not only the equalization argument, but also if there is a seniors population, there will be fewer children in primary school. There will be monies that can be saved on the education file to put into the seniors' file.

I do not buy that argument, but I was interested in your suggestion of doing not one thing, but two things. You were saying that we should solve the per capita problem, but we should also have a supplemental program. Would you like to differentiate what you mean by those two suggestions?

Mr. Ruggeri: The fundamental structure of the programs that we have to deal with fiscal federalism — which is really equalization and the combination of the Canada Social Transfer and the Canada Health Transfer, that used to be one lump until a couple of years ago — should remain the same, so there is clarity of purpose and accountability. We can see where it goes.

These programs have been developed over quite some time. They are all on the revenue side and were developed with the assumption that the provincial per capita costs that the federal government supports are equal across the country. That component should remain there because that is the foundation, and it makes it easier to compare the equity of what the federal government does.

l'arthrite, qui engendre la nécessité du remplacement de la hanche et du genou; il est lié aux maladies cardiaques et au cancer. Évidemment, les gens ne meurent pas nécessairement quand ils reçoivent un diagnostic de maladie, alors il y a aussi le coût accru du diabète et d'autres troubles chroniques.

Nous pensons toujours au Japon parce que c'est un contre-exemple. Toutefois, si nous regardions la dépense actuelle, en 2004, et la proportion des aînés, l'Italie, le Japon et l'Allemagne sont très proches au plan de la proportion d'aînés. L'Italie est sous le Canada pour le PIB, et l'Allemagne est juste un peu plus haut. Même dans les pays de culture plus occidentale, nous observons un énorme écart dans la part du produit intérieur brut consacrée à la santé ou aux soins de santé. Ce n'est pas qu'un phénomène japonais; ils sont peut-être l'exemple le plus extrême, mais nous le constatons dans d'autres pays industrialisés.

Le président : Monsieur Ruggeri, vous avez parlé de quelque chose de très intéressant. Je dois dire que je suis porté à reconnaître qu'il y a un déficit par habitant; que si la population de certaines provinces vieillissait plus rapidement que d'autres et la même somme par habitant était attribuée aux programmes pour les aînées — sans tenir compte des programmes de soins de santé, qui manifestement en seraient une grande partie — les mêmes anomalies, en tous points, dont vous avez parlé, seraient créées.

Nous avons reçu ici des représentants du ministère des Finances, qui ont non seulement soulevé l'argument de la péréquation, mais ont dit aussi que s'il y a une population d'aînés, il y aura moins d'enfants dans les écoles primaires. On pourrait épargner sur le budget de l'éducation et verser la différence dans celui des aînés.

Je ne suis pas d'accord avec cet argument, mais j'ai été intéressé par votre suggestion de faire non seulement une, mais bien deux choses. Vous disiez que nous devrions résoudre le problème de la répartition par habitant, mais nous devrions aussi avoir un programme de supplément. Est-ce que vous pourriez, s'il vous plaît, expliquer ce que vous entendez par ces deux suggestions?

M. Ruggeri : La structure fondamentale des programmes avec lesquels nous devons composer, avec le fédéralisme fiscal — qui est, en fait, la péréquation et la combinaison du Transfert canadien en matière de programmes sociaux avec le Transfert canadien pour la santé qui, auparavant, était un montant forfaitaire jusqu'à il y a deux ou trois ans — devrait rester la même, pour que le but et les responsabilités soient clairs. Nous pouvons voir où va l'argent.

Ces programmes ont pris beaucoup de temps à être conçus. Ils sont tous du côté du revenu et ont été conçus en partant de l'hypothèse que les coûts par habitant que le gouvernement fédéral assume pour les provinces sont égaux dans tout le pays. Cette composante devrait rester parce que c'est l'hypothèse de base, et elle facilite la comparaison de l'équité des mesures qu'applique le gouvernement fédéral.

In equalization, the grant is on a per capita basis. The formula has been changed in a manner now that penalizes the smaller provinces — particularly New Brunswick and Prince Edward Island. That is a change that they made in the structure, but the fundamental principle is there.

With respect to health care, if we just look at that component, it is basically the same principle. We assume that the per capita costs are equal, and then we maintain equity in that respect. It used to be done in that way for all the components, including post-secondary education and social services.

Now that it is split in a change made this year in the budget, we have moved away from that equity principle. I did not bring copies of that paper with me. It is only in English and was published a couple of months ago by the institute where I do the actual calculations. It shows how in 2006, every province was receiving exactly the same per capita amount combined in the tax values, but now it has changed. Of course, this difference will increase in the future.

My first point is that we should fix the equity and establish it in the fundamental program. With respect to this other issue of having more seniors and not having as many students, a study was completed in 2000 at the University of Ottawa and was published in the *Canadian Tax Journal*. The CHIC at the time looked at the component to determine whether one was offsetting the other. They found there was not much of an offset. That is because the per capita cost of an elementary school child might be a bit less than that of a high school student but not as much as the per capita cost of health care with respect to age. There is no federal money there anyway. For the federal government, it is only with post-secondary education, and there is not much difference between the cost per student in New Brunswick and in Alberta.

Therefore, it is the large variation in the age per cost and the much larger disparity in the age distribution of the population that create this problem. This should be a separate program so that we know it is related to a particular issue that has a beginning and an end.

This population problem will not last forever. We have heard already that after 2030, it will not be as bad. There is no need to restructure a program for a temporary issue, but rather deal with this separately so that we know what it addresses.

The Chair: Thank you. That was extremely useful.

[Translation]

Senator Chaput: Mr. Berthelot, you gave us some statistics based on age. For example, you indicated that health-related costs are \$6,000 for every person between the ages of 65 and 74. Even though the number of Canadians between the ages of 65 and 74 has increased, health service costs for that age group have not increased. Is that what you said?

En péréquation, la subvention est calculée par habitant. La formule a changé d'une manière qui, maintenant, pénalise les plus petites provinces — particulièrement le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard. C'est un changement qui a été fait dans la structure, mais le principe fondamental reste.

En ce qui concerne les soins de santé, si nous regardions cette composante c'est, en gros, le même principe. On part du principe que les coûts par habitant sont égaux, et ensuite on maintient l'équité sur ce plan. Auparavant, c'est ainsi qu'on faisait pour toutes les composantes, y compris l'éducation postsecondaire et les services sociaux.

Maintenant que c'est divisé, à la suite d'un changement apporté cette année au budget, nous perdons de vue le principe de l'équité. Je n'ai pas de copies de ce document avec moi. Il n'est qu'en anglais et a été publié il y a deux ou trois mois par l'institut où je fais les calculs. Il démontre comment, en 2006, chaque province recevait exactement le même montant par habitant combiné au montant des impôts, mais maintenant c'est changé. Bien sûr, cet écart ne fera que grandir avec le temps.

La première chose, c'est que nous devrions rétablir l'équité et l'intégrer dans le programme de base. En ce qui concerne cette autre hypothèse, selon laquelle il y aura plus d'ainés et moins d'étudiants, une étude a été effectuée en 2000 à l'Université d'Ottawa, qui a été publiée dans le *Canadian Tax Journal*. L'ICIS, à l'époque, a examiné cet aspect pour déterminer si l'un neutralisait l'autre. Ils ont constaté que l'incidence n'était pas très grande. C'est parce que le coût par habitant d'un élève de l'école primaire pourrait être un peu moins que celui d'un élève de l'école secondaire, mais pas dans la même mesure que le coût par habitant des soins de santé en fonction de l'âge. Il n'y a pas de fonds fédéraux pour cela, de toute façon. Pour le gouvernement fédéral, ce n'est qu'avec l'éducation postsecondaire, et il n'y a pas tellement de différence entre le coût par élève au Nouveau-Brunswick et en Alberta.

Par conséquent, c'est l'énorme écart de l'âge par coût et la bien plus grande disparité dans la répartition de l'âge de la population qui créent ce problème. Ce devrait être un programme distinct pour que nous puissions savoir qu'il est lié à un problème particulier qui a un début et une fin.

Ce problème de population ne durera pas éternellement. Nous avons déjà entendu qu'après 2030, il ne sera pas si grave. Il n'est pas nécessaire de restructurer un programme pour un problème temporaire, mais il faut plutôt composer avec ceci séparément pour savoir qu'est-ce que nous réglons.

Le président : Merci. C'était très instructif.

[Français]

Le sénateur Chaput : Monsieur Berthelot, vous nous avez donné quelques statistiques en fonction de l'âge. À titre d'exemple, vous avez indiqué qu'il coûte 6 000 \$ par personne entre 65 ans et 74 ans, en frais reliés à la santé. Même si le nombre de Canadiens âgés entre 65 et 74 a augmenté, les coûts pour les services de santé pour cette catégorie d'âge n'ont pas augmenté. Est-ce bien ce que vous avez dit?

Mr. Berthelot: That is not quite what I said. I was talking about everyone over 65. I said that the increase in that population is 6.5 per cent of Canada's population as a whole, whereas the increase in health care costs for people 65 and over is only 1.4 per cent. Therefore, the population is seen to be aging, with more people aged 65 and older.

We also see — for the public system, not for the health care system as a whole — that overall costs for services provided by provincial and territorial governments have increased less rapidly than the proportion of the population of 65 and over.

Senator Chaput: Did you go as far as to identify the factors, to find out the reason?

Mr. Berthelot: We did not identify all the factors. As Mr. Evans said, a number of factors explain why health costs have increased: they include technology, the fact that more services are offered, the inflation rate. Those factors play a role.

As to specific factors for older people, Statistics Canada's studies show that older people today are healthier than those of 30 years ago. Is there a direct link? I cannot tell you.

Senator Chaput: Could the factors that make older people healthier today be the same as the ones that mean that health costs will not increase so drastically after 2010?

Mr. Berthelot: In the last 30 years, the health care system has constantly evolved. In the mid-1990s, we saw a reduction in health spending in Canada. Health spending as a percentage of the GDP has stabilized and even gone down.

The system is constantly evolving. Is it just people's health that will determine the amount of resources spent on it? I think that the picture is much bigger. In the last ten years, we have noticed a reduction in hospitalization rates. We do more day surgery, we have moved towards more ambulatory care, we provide more services at home. The system is reforming itself, which influences the costs. Hospital expenses as a percentage of total expenses have noticeably gone down in recent years. In 1975, it was 75 per cent, today it is 28 per cent.

The system is constantly changing and this affects health care expenses for all age groups.

[English]

The Chair: Mr. Evans, you have given us some of the best vocabulary that we have heard to date. In respect of the burden on seniors in our society, have any of you looked at the tax contributions of seniors that might offset the proposed enormous

M. Berthelot : Ce n'est pas tout à fait ce que j'ai dit. Je parlais de l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus. Ce que j'ai dit, c'est que l'augmentation de la population est de 6,5 p. 100 par rapport à la population canadienne, alors que l'augmentation des coûts associés aux personnes âgées de 65 ans et plus est de 1,4 p. 100 seulement. Par conséquent, on constate un vieillissement de la population et un plus grand nombre de personnes âgées de 65 ans et plus.

On s'aperçoit également que l'ensemble des coûts — pour le système public et non pour l'ensemble du système de soins de santé — pour les services offerts par les gouvernements provinciaux et territoriaux ont augmenté moins rapidement que la proportion de la population de 65 ans et plus.

Le sénateur Chaput : Êtes-vous allé aussi loin afin d'identifier les facteurs à savoir quelle en est la cause?

M. Berthelot : Nous n'avons pas identifié tous les facteurs. Comme le disait M. Evans, plusieurs facteurs expliquent l'augmentation des coûts de la santé : entre autres, la technologie, le fait qu'on offre plus de services et le taux d'inflation. Ces facteurs jouent un rôle.

En ce qui a trait aux facteurs spécifiques aux personnes âgées, les études de Statistique Canada ont révélé que les personnes âgées aujourd'hui sont plus en santé que les personnes âgées d'il y a 30 ans. Y a-t-il un lien direct? Je ne pourrais vous le dire.

Le sénateur Chaput : Est-ce que les facteurs qui font en sorte que la personne âgée est aujourd'hui plus en santé pourraient également faire en sorte que les coûts reliés au domaine de la santé n'augmenteront pas de façon aussi drastique après 2010?

M. Berthelot : Le système de soins de santé, depuis les 30 dernières années, est en constante évolution. Au milieu des années 1990, on a constaté une réduction des dépenses en santé au Canada. Le pourcentage de dépenses en santé par rapport au PIB s'est stabilisé et a même diminué.

Le système est en constante évolution. Est-ce uniquement la santé des gens qui déterminera l'ensemble des ressources qui y sont consacrées? Je crois que le cadre est beaucoup plus large. Au cours des dix dernières années, nous avons remarqué une réduction des taux d'hospitalisation. On fait de plus en plus de chirurgies d'un jour, il y a le virage ambulatoire, on offre plus de soins à domicile. Bref, le système se réforme en soi, ce qui affecte les dépenses en santé. Le pourcentage de l'ensemble des dépenses consacrées aux hôpitaux a réduit sensiblement au cours des dernières années. Le taux était de 75 p. 100 en 1975, on parle aujourd'hui de 28 p. 100.

Le système est en constante transformation et cela a un impact sur les dépenses en santé de tous les groupes d'âge.

[Traduction]

Le président : Monsieur Evans, vous venez de nous fournir le meilleur vocabulaire que nous ayons entendu jusqu'à maintenant. En ce qui concerne le fardeau que constituent les aînés pour notre société, est-ce que l'un de vous s'est penché sur les contributions

burden on the system? You have all laid myth to the burden concept, so let us move to the positive aspects.

Mr. Ruggeri: This is exactly what I did with that booklet I circulated to the committee. I was concerned about that myth because in two months I will be joining this group of so-called “budget busters.”

The Chair: Some of us are already there.

Mr. Ruggeri: I did not feel comfortable with it, so I decided to argue the point. I divided the total Canadian population into three separate groups: One is called “dependent,” although only the younger ones are truly dependent; one is comprised of those in the labour force; and one is comprised of those over the age of 65 — erroneously considered dependent because, as far as I am concerned, my children are more dependent on me than I am on them.

I took the expenditure figures of the federal and provincial governments and calculated the amount of taxes that can be assigned to each group. The dependent children were assigned to their parents and others were assigned to the people over the age of 64. I did not include all the benefits that are provided to society as a whole and the benefits provided through inheritance and bequests. As well, I did not include the potential in the future of people over the age of 65 who continue to work once all provinces have eliminated the mandatory retirement age. Not even including those, the seniors would receive a net benefit, but this net benefit would not increase over time.

One of the factors not being recognized is that more and more people over the age of 65 will have increasing wealth or income because more of them will receive CPP, private work pensions, and more of them will have huge amounts of taxable RSPs. With the changes between ages 69 to 71, seniors can afford to play for a couple of years, but after age 70 they start to draw down and become part of the income stream.

Therefore, even when we look strictly at the fiscal side, the per capita burden of seniors will not increase. In fact, the per capita burden of young people will increase faster than the per capita burden of the people over the age of 65.

The Chair: I like that.

Mr. Evans: Are you sure you want me to answer this? I just crossed over the 65 age line at the end of last month, so I am a shade ahead of you, Mr. Ruggeri. I will demonstrate why economics is known as the dismal science. While I do not question your calculations, I question their implication.

I am still at work for a time, and I hope that counts as a contribution. When that ends, as it will fairly shortly, I will fall back on my private pension, my CPP and all of those sources of my wealth, which I will draw upon for my income. If I get hit by a truck the day after I cease work, that wealth will not vanish. It

des aînés à l'impôt qui pourraient neutraliser l'énorme fardeau que, paraît-il, ils font peser sur leur système? Vous avez tous expliqué le mythe du fardeau, alors passons aux aspects positifs.

M. Ruggeri : C'est exactement ce que j'ai fait dans ce livret que j'ai fait circuler au comité. Je m'inquiétais de ce mythe, parce que dans deux mois, je vais faire partie de ce groupe dit de « briseurs de budget ».

Le président : Certains d'entre nous en sommes déjà membres.

M. Ruggeri : Le concept me mettait mal à l'aise, alors j'ai décidé de présenter des arguments. J'ai divisé le total de la population canadienne en trois groupes distincts : l'un est appelé « à charge », bien que seuls les plus jeunes soient réellement à charge; l'un est composé des membres de la population active; et le troisième se compose des personnes âgées de plus de 65 ans — que l'on considère à tort comme étant à charge, parce qu'en ce qui me concerne, mes enfants dépendent plus de moi que moi d'eux.

J'ai pris les chiffres des dépenses des gouvernements fédéral et provinciaux et j'ai calculé le montant de l'impôt qui peut être assigné à chaque groupe. Les enfants à charge étaient assignés à leurs parents, et d'autres étaient assignés aux personnes âgées de plus de 64 ans. Je n'ai pas compté toutes les prestations versées à la société dans son ensemble, ni les avantages constitués par les héritages et les legs. En outre, je n'ai pas non plus compté le potentiel futur des personnes âgées de plus de 65 ans qui continueront de travailler une fois que les provinces auront éliminé l'âge de la retraite obligatoire. Même sans tout cela, les aînés recevraient un bénéfice net, mais celui-ci n'augmenterait pas avec le temps.

L'un des facteurs qui n'est pas reconnu, c'est que de plus en plus de gens âgés de plus de 65 ans auront un patrimoine ou un revenu croissant parce qu'un plus grand nombre d'entre eux toucheront des prestations du RPC, des prestations de régimes privés, et un plus grand nombre d'entre eux auront d'énormes sommes imposables dans un REER. Avec les changements de l'âge de 69 à 71 ans, les aînés pourront se permettre de jouer pendant deux ans de plus, mais après 70 ans, ils commencent à tirer sur leur épargne et font partie du flux des revenus.

Par conséquent, même quand on s'en tient strictement à l'aspect fiscal, le fardeau des aînés par habitant n'augmentera pas. De fait, le fardeau des jeunes par habitant augmentera plus rapidement que le fardeau par habitant des personnes âgées de plus de 65 ans.

Le président : J'aime bien.

M. Evans : Est-ce que vous êtes sûr que vous voulez que je vous réponde? Je viens de passer le jalon des 65 ans à la fin du mois dernier, alors j'ai un peu d'avance sur vous, monsieur Ruggeri. Je vais démontrer pourquoi l'économie est reconnue comme la science lugubre. Bien que je ne remette pas vos calculs en question, je mets en doute ce qu'ils laissent conclure.

Je compte travailler encore un certain temps, et j'espère que cela comptera comme une contribution. Quand ce sera terminé, ce qui ne saurait trop tarder, je compterai sur mon régime de pension privé, mon RPC et toute cette source de ma richesse, qui constitueront mon revenu. Si je suis frappé par un camion le

will no longer be drawn by me, but it will still be there. The private pension rights will go back to the other members of our group; the CPP will be less of a burden on Her Majesty and so on. In other words, I am drawing down wealth, but I am not actually producing any wealth.

Therefore, to calculate the benefits that I generate after I retire from market earnings is, I think, a conceptual error. The country will be better off fiscally if I drop dead the day after I cease work. Those are the brutal facts.

I would not suggest that the best way to improve the fiscal situation of Canada is to introduce a non-voluntary program of euthanasia for people over the age of 70. However, I would urge you not to focus on the contribution that we make through taxes on previously accumulated wealth because that wealth and those taxes would remain whether we are there or not. The contribution we make is who we are.

I would like to believe that my family, which now includes a few grandchildren, would rather have me there than not. The contribution we make is not a fiscal contribution. If you focus your attention on those numbers, that may be good politics — I have never had any competence in politics, and the people around this table know far more about it than I. In terms of the actual conceptual basis of economic analysis, it is wrong.

The Chair: We have begun a debate here. I will hear from Mr. Ruggeri.

Mr. Ruggeri: I agree with half of it, which is to say I agree that the contributions made by people over the age of 65 are more on the non-financial side. If we leave that aside, you and I will live to whatever our average life expectancy may be, and the government will get the benefits of what we have accumulated. Therefore, we will be paying our way. That is why I believe that, conceptually, nothing is wrong.

Due to what we have accumulated through our life of work, we will be paying our way, and, therefore, we should not be viewed as a burden. Whatever extra we do is a net contribution we provide to society.

Mr. Evans: I do not disagree with that. We both know how the numbers work. I am saying that yes, all of those tax benefits and savings we have accumulated — some of the savings that did not have tax benefits, as well — are all there; we will draw down on them, and that is what we will use to pay our way. I do not question that. The point I am emphasizing is that all of that accumulated wealth would still be there and would redound to someone else's benefit if we were not in the picture. I am sure you will agree with that.

Mr. Ruggeri: Yes, but on average, when we do the calculation for the country as a whole and look at the fiscal burden and whether we will be able to afford health care and so on, we must

lendemain du jour où je cesserai de travailler, cette richesse ne s'évanouira pas. Ce ne sera plus moi qui en profiterai, mais elle existera encore. Les droits du régime de pension privé reviendront aux autres membres de notre groupe, le RPC sera un fardeau moins lourd pour Sa Majesté, et cetera. Autrement dit, je touche de la richesse, mais je ne produis pas de richesse en soi.

Par conséquent, le fait de calculer les avantages que je génère après que j'aie renoncé aux gains du marché est, à mon avis, une erreur conceptuelle. Le pays serait bien mieux loti si je mourais le lendemain du jour où j'arrête de travailler. Ce sont les faits bruts.

Je ne voudrais pas laisser entendre que le meilleur moyen d'améliorer la situation fiscale du Canada serait de créer un programme non volontaire d'euthanasie pour les personnes âgées de plus de 70 ans. Je voudrais néanmoins vous inciter vivement à ne pas vous concentrer sur la contribution que nous apportons au moyen des impôts sur des richesses accumulées préalablement parce que ces richesses et ces impôts resteraient, que nous vivions ou non. La contribution que nous faisons, c'est qui nous sommes.

J'aime à penser que ma famille, qui compte maintenant plusieurs petits-enfants, préfère que je vive plutôt que le contraire. La contribution que nous faisons n'est pas d'ordre fiscal. Si vous concentrez votre attention sur ces chiffres, ce peut être de bonne politique — je n'ai jamais eu de compétence en politique, et les personnes qui sont autour de cette table en savent beaucoup plus que moi sur le sujet. En termes de fondement conceptuel réel d'une analyse économique, toutefois, c'est erroné.

Le président : Nous avons lancé un débat. Je laisse la parole à M. Ruggeri.

M. Ruggeri : Je suis d'accord avec la moitié de vos propos, c'est-à-dire que je suis d'accord que les contributions que font les gens âgés de plus de 65 ans sont plus d'ordre non financier. Si nous laissons cela de côté, vous et moi aurons la durée de vie moyenne, quelle qu'elle soit, et le gouvernement encaissera des bénéfices sur ce que nous avons accumulé. Par conséquent, nous allons payer notre part. C'est pourquoi je crois que, conceptuellement, rien n'est erroné.

Avec ce que nous avons accumulé en une vie de travail, nous allons payer notre part et c'est pourquoi nous ne devrions pas être considérés comme un fardeau. Tout ce que nous faisons en plus est une contribution nette à notre société.

M. Evans : Ce n'est pas que je ne suis pas d'accord avec cela. Nous savons tous deux comment fonctionnent les chiffres. Ce que je dis c'est que oui, tous ces avantages fiscaux et ces économies que nous avons accumulées — dont certaines n'étaient pas doublées d'avantages fiscaux, aussi — tout y est; nous allons vivre de ces sommes et c'est ce qui nous servira à payer notre part. Je ne remets pas cela en question. Ce sur quoi j'insiste, c'est que toute cette richesse accumulée serait encore là et profiterait à quelqu'un d'autre si nous n'étions pas là. Je suis sûr que vous êtes d'accord.

M. Ruggeri : Oui, mais en moyenne, quand nous faisons le calcul pour le pays dans l'ensemble, nous regardons le fardeau fiscal et nous nous demandons si nous pourrions nous permettre

make the average assumptions of people that have been made through these population projections.

Mr. Evans: Sure.

Mr. Ruggeri: If we have so many people on average of a certain age in the future, and we look at their incomes and wealth, this is what will happen in reality. The length of time one of us lives individually will not really change those numbers. The fundamental point is that, overall, the population of Canadians who are aged 65 and over now, as well as every single group from now on over the next 30 or 40 years, will be paying their way. They are not this burden that has been mentioned; you mentioned this right from the very beginning.

My point is that the country has spent billions of dollars on people such as us, for education and so on. They have spent billions of dollars for health care and to keep us healthy. People over the age of 65 want to be able to continue to contribute within a different framework rather than being seen as a burden. Being seen as a burden raises the issue of how to reduce this burden rather than how we can optimize their contribution. That is where I am coming from.

Mr. Evans: There is very little difference between us. I would just make one point, and that is that the payments that we — you, I, all of us over the age of 65 — hope to continue making out of our accumulated wealth are not included in the gross national product.

Senator Keon: I have a fascinating question. What are the benefits to Canada if Mr. Evans and Mr. Ruggeri continue to do exactly what they are doing until the age of 75?

The Chair: It is being said that neither of you should take retirement; you should continue to work for the next 10 years.

Mr. Evans: The University of British Columbia would be delighted to have me continue for the next 10 years. However, my issue is that they would propose to cease paying me.

Mr. Ruggeri: That is exactly the same situation in New Brunswick.

The Chair: Panellists, I want to thank you all very much. This has been extraordinarily useful. We have had a very good dialogue in terms of obtaining new information. We have also confirmed information we thought we understood and, indeed, did understand. There have been new ideas shared with us today, which I believe will find their way into our final report, barring of course another prorogation or a dissolution for an election campaign. Thank you very much.

Honourable senators, we will now hear from our second guest this afternoon. Ms. Gillis is appearing on behalf of the Public Health Agency of Canada. Welcome to the Senate. Let us begin with your opening remarks and then move to questioning.

des soins de santé, et cetera.; nous devons nous fonder sur les hypothèses relativement à la moyenne des gens qui ont été faites avec ces projections relatives à la population.

M. Evans : Bien sûr.

M. Ruggeri : Si nous avons une telle moyenne de personnes d'un certain âge dans le futur, et nous regardons leurs revenus et leurs richesses, c'est ce qui arrivera en réalité. La durée de la vie de chacun de nous ne changera pas grand-chose à ces chiffres. Le point fondamental c'est que, dans l'ensemble, la population des Canadiens âgés de 65 ans et plus maintenant, ainsi que chaque groupe à partir de maintenant dans les 30 ou 40 prochaines années, va devoir payer sa part. Ils ne constituent pas ce fardeau dont on a parlé. Vous l'avez dit dès le début.

Ce que je veux dire, c'est que le pays a dépensé des milliards de dollars sur des gens comme nous, pour l'éducation, et cetera. Il a dépensé des milliards de dollars pour les soins de santé et pour nous garder en santé. Les personnes âgées de plus de 65 ans veulent pouvoir continuer de contribuer, mais dans un cadre différent, plutôt que d'être considérées comme un fardeau. Le fait qu'ils soient perçus comme tels soulève la question de savoir comment réduire ce fardeau au lieu de comment on peut optimiser leur contribution. C'est là où je veux en venir.

M. Evans : Il y a très peu de différence entre nous. Je voudrais seulement dire une chose, et c'est que les sommes que nous — vous, moi et tous ceux qui ont plus de 65 ans — espérons continuer de tirer de notre richesse accumulée ne sont pas comptées dans le produit intérieur brut.

Le sénateur Keon : J'ai une question des plus fascinantes. Quels seraient les avantages pour le Canada si MM. Evans et Ruggeri continuaient de faire exactement ce qu'ils font jusqu'à l'âge de 75 ans?

Le président : Il paraît que ni vous ni moi ne devrions prendre notre retraite; vous devriez continuer de travailler ces dix prochaines années.

M. Evans : L'Université de la Colombie-Britannique serait ravie que je travaille dix années de plus. Cependant, le problème que cela me pose, c'est qu'elle proposerait de cesser de me payer.

M. Ruggeri : C'est exactement la même situation au Nouveau-Brunswick.

Le président : Messieurs, je tiens à vous présenter mes sincères remerciements. Ceci a été très instructif. Nous avons eu un excellent dialogue, et obtenu de nouveaux renseignements. Nous avons aussi confirmé ce que nous pensions savoir et, c'est un fait, nous le savions. De nouvelles idées nous ont été exposées aujourd'hui, qui, je pense, sauront se retrouver dans le rapport final, à moins bien entendu, qu'il y ait une autre prorogation ou dissolution de la Chambre pour une campagne électorale. Merci beaucoup.

Honorables sénateurs, nous allons maintenant entendre notre deuxième témoin cet après-midi. Mme Gillis comparait pour l'Agence de la santé publique du Canada. Bienvenue au Sénat. Commençons par vos observations préliminaires, et nous vous poserons des questions ensuite.

Margaret Gillis, Director, Division of Aging and Seniors/Office of Voluntary Sector, Public Health Agency of Canada: Good afternoon. The Public Health Agency of Canada is pleased to be able to present its information to this Special Senate Committee on Aging. Within the agency, work is focused on health promotion, the prevention of chronic and infectious diseases, injury prevention and emergency preparedness. The agency is working on four main areas with respect to seniors: active aging, emergency preparedness, mental health and falls prevention.

You have asked for information in three specific areas related to seniors, the emergency preparedness work that is being done, Age-Friendly Cities and Age-Friendly Rural and Remote Communities and, finally, *Healthy Aging in Canada: A New Vision, A Vital Investment*. I will begin with our work on emergencies and seniors.

During the past two years, the agency has worked with partners within Canada and across the globe on the issue of seniors and emergency preparedness. Our work is focused on developing links with partners to develop tools, guidelines and strategies to ensure that information on seniors in emergencies is widely disseminated and integrated into emergency management plans.

Natural and man-made disasters, such as flu pandemics, hurricanes, earthquakes and wars, have highlighted the need for governments and non-governmental organizations, NGOs, to address the emergency planning needs of vulnerable populations such as seniors — or vulnerable seniors, more specifically.

Of course, older people are not a homogeneous group. They have varied needs, challenges, capabilities and contributions. Past disasters have told us that older adults may be more vulnerable to their impacts, so it is crucial that emergency planners know how to respond. Also, those who care for seniors and older persons themselves need to understand what they need to have available in order to ensure that they are not vulnerable to disasters.

Vulnerability is not simply a factor of age — we heard that a lot from our last presenters — but a consequence of a range of health, social and economic factors, which, with increasing age, can place seniors at risk and impact on their ability to prepare for, respond to and recover from a disaster.

How and where did our interest in seniors and emergency start? There were basically two main catalysts, one a document and the other a conference.

In 2002, the world gathered in Madrid for the Second World Assembly on Ageing. The key outcomes of the assembly were the adoption of the Madrid International Plan of Action on Ageing. Three key policy themes were identified in that plan: older people

Margaret Gillis, directrice, Division du vieillissement et des aînés/Bureau du secteur bénévole, Agence de la santé publique du Canada : Bon après-midi. L'Agence de la santé publique du Canada est très heureuse d'exposer ses points de vue au Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Le travail de l'agence est axé sur la promotion de la santé, de la prévention et des maladies chroniques et les maladies infectieuses, la prévention des blessures et la préparation aux situations d'urgence. L'agence travaille dans quatre principaux domaines, en ce qui concerne les aînés : le vieillissement actif, la préparation aux situations d'urgence, la santé mentale et la prévention des chutes.

Vous avez demandé de l'information sur trois aspects précis, à savoir les aînés et les situations d'urgence, les projets des Villes amies des aînés et des Collectivités rurales et éloignées amies des aînés et, enfin, *Le vieillissement en santé au Canada : Une nouvelle vision*. J'aborderai tout d'abord la question des aînés et des situations d'urgence.

Depuis deux ans, l'agence collabore avec ses partenaires canadiens et internationaux en ce qui concerne la question des aînés et la préparation en cas d'urgence. Nos activités visent principalement à établir des partenariats et à mettre en place des outils, des lignes directrices et des stratégies, afin de veiller à ce que les renseignements touchant les aînés et la situation d'urgence soient largement diffusés et intégrés à la gestion des urgences.

Les catastrophes naturelles ou créées par l'homme, telles que le spectre d'une pandémie, les ouragans, les tremblements de terre et les conflits armés, nous ont fait prendre conscience du fait que les gouvernements et le secteur non gouvernemental doivent répondre aux besoins liés à la planification d'urgence des populations vulnérables, notamment les aînés — ou plus précisément les aînés vulnérables.

Bien entendu, les aînés ne forment pas un groupe homogène, ils ont des besoins, des défis, des capacités et des contributions variés. Les catastrophes antérieures nous révèlent que les personnes âgées sont plus vulnérables aux conséquences de ces sinistres. Il est donc crucial que les responsables de la planification en cas d'urgence, les dispensateurs de soins auprès des aînés et les aînés eux-mêmes comprennent les facteurs qui créent ces vulnérabilités aux catastrophes.

La vulnérabilité ne tient pas seulement qu'à l'âge — nous l'avons beaucoup entendu dire des témoins qui m'ont précédée. Elle découle plutôt de divers facteurs sanitaires, sociaux et économiques qui, au fil du vieillissement, peuvent entraîner des risques pour les aînés et nuire à leur capacité de se préparer, de réagir et de récupérer en cas de catastrophes.

Vous demandez donc d'où vient notre intérêt pour les aînés et les situations d'urgence. Il y a eu en fait deux facteurs déclencheurs, à savoir un document et une conférence.

En 2002, des représentants du monde entier se sont réunis à Madrid dans le cadre de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement. L'assemblée a principalement débouché sur l'adoption du plan d'action international de Madrid sur le

and development; advancing health and well-being into old age; and ensuring enabling and supportive environments.

The plan contains specific recommendations recognizing seniors as vulnerable populations in emergencies but also as primary caregivers in many instances and as contributors in rehabilitation and construction. The work currently being done responds to the Madrid recommendations — for example, sharing of best practices and developing guidelines, among others.

The second catalyst was the Presidential Symposium on the 2004 Tsunami and Older People, held at the International Association of Gerontology World Congress in June 2005. The symposium demonstrated that older people are often given low priority when it comes to relief distribution, and that few international agencies have programs specifically tailored to respond to seniors' needs.

With these two events in mind, in February 2006, the Public Health Agency of Canada held a meeting in Toronto with an expanded network of stakeholders. The goal was to facilitate the exchange of knowledge among international, provincial and territorial governments and NGOs.

Participants expressed the need for a larger international workshop, to provide a platform to increase the international awareness that was lacking. This gave birth to the Winnipeg workshop, held in Winnipeg in February 2006. In minus 40, we gathered about 100 brave souls, both domestic and international, in the workshop.

The workshop, we believe, positively impacts seniors in two important ways. First, the expert guidance generated from the participants will serve to integrate seniors more fully into emergency preparedness policies and practices. Second, it opened an important dialogue among experts from various fields — gerontology, emergency management and health care — as well as seniors themselves to achieve a common understanding of the impact of disasters on older people around the world and in Canada, and the action required to integrate seniors' needs and contributions into emergency preparedness policy and practice.

The key outcome was to mobilize networks to influence change to emergency planning and practice. To do this, we structured the agenda so that participants first achieved a basic, common understanding of current evidence and status of seniors and

vieillesse. Trois thèmes stratégiques étaient définis dans le plan d'action : soutenir le développement dans un monde vieillissant; promouvoir la santé et le bien-être des personnes âgées et assurer des environnements stimulants et positifs pour tous les âges.

Le plan d'action comporte des recommandations précises qui visent à reconnaître les aînés non seulement en tant que groupe vulnérable en cas d'urgence, mais également à titre de dispensateurs de soins de premier recours, dans de nombreux cas, et de participants à la réadaptation et à la reconstruction. Nombre d'activités sont en cours en ce qui concerne la préparation en cas d'urgence et les aînés font écho aux recommandations issues de l'assemblée de Madrid, notamment le partage des pratiques exemplaires et l'élaboration de lignes directrices.

L'autre facteur déclencheur a trait au Colloque présidentiel sur le tsunami de 2004 et les aînés, tenu dans le cadre du Congrès mondial de l'Association internationale de gérontologie, en juin 2005. Le colloque a révélé que les aînés constituent souvent un groupe de faible priorité lorsqu'il s'agit de répartir les services de secours, et que peu d'organismes internationaux élaborent des programmes expressément adaptés aux besoins des aînés.

En février 2006, compte tenu de ces deux événements, l'Agence de la santé publique a organisé une réunion à Toronto, à laquelle participaient des représentants d'un réseau étendu d'intervenants. La réunion visait à faciliter le partage de connaissances entre les représentants d'organisations internationales, des gouvernements provinciaux et territoriaux et des organismes non gouvernementaux.

Les participants ont exprimé la nécessité d'organiser un atelier plus général de manière à fournir une plateforme en vue d'accroître la sensibilisation, déficiente, à l'échelle internationale. La réunion a ainsi débouché sur l'atelier de Winnipeg en février 2006. Par une température de moins 40 degrés Celsius, nous avons réuni une centaine de braves intervenants dans le cadre d'un colloque.

Le Colloque international de Winnipeg aura une incidence positive sur les aînés sur deux plans importants. Premièrement, les conseils éclairés recueillis auprès des participants du monde entier faciliteront l'intégration des aînés à toutes les facettes des politiques et des pratiques actuelles en matière de planification d'urgence. Deuxièmement, le colloque a permis d'engager un dialogue important entre les spécialistes des domaines de la gérontologie, de la gestion des urgences et des soins de santé, et avec les aînés, afin de réaliser une vision commune des conséquences des catastrophes sur les personnes âgées partout dans le monde et des mesures nécessaires afin d'intégrer les besoins et les contributions des aînés aux politiques et aux pratiques liées à la préparation en cas d'urgence.

Notre objectif principal était de mobiliser les réseaux en vue d'influer sur la modification des politiques et des pratiques en matière de planification d'urgence. À cette fin, nous avons structuré les programmes de manière à ce que les participants

emergency planning activities within Canada and at the international level.

As for our next steps, collaboration will be key with governments at all levels, non-governmental organizations, the media, the private sector, academics and of course seniors themselves. Seniors must and will be included as full participants in this process.

The agency has now set up two steering committees — one domestic, one international — to oversee the next steps to sustain the momentum on this issue. At the suggestion of Dr. Alexandre Sidorenko, head of the United Nations Programme on Ageing, Canada has been asked to discuss emergency preparedness and seniors at the United Nations Commission for Social Development in February 2008. Preparations are also under way for a second international workshop on seniors and emergency preparedness to be held in Halifax, March 18-21, 2008. Work at that conference will consist of the development of tool kits, best practices, key messages and strengthening networks and partnerships.

On another front, we are pleased to learn that the United Nations Inter-Agency Standing Committee has just approved that the World Health Organization and HelpAge International will co-chair an 18-month process to develop guidelines for older persons in emergencies. The World Health Organization tells us that Canada's leadership was instrumental in the decision of the United Nations to carry forward on this issue.

I will speak now about Age-Friendly Cities. In 2006, a partnership was established between the World Health Organization and the Public Health Agency of Canada for a project entitled Strengthening Healthy and Active Ageing. One of the goals was to develop an age-friendly tool kit for urban communities in several countries to serve to guide action to globally improve the age-friendliness of urban communities.

The World Health Organization Global Age-Friendly Cities Project involves 33 cities in 22 countries. Canada not only provided some of the funding but also actively participated in the project. Four Canadian cities were among the 33 that conducted focus groups. They were Saanich, British Columbia, Portage la Prairie, Manitoba, Sherbrooke, Quebec and Halifax, Nova Scotia.

The Global Age-Friendly Cities Project has been a success both domestically and internationally. On October 1, 2007, Canada hosted an international event at Canada House in London, England, to celebrate the International Day of Older Persons. At

réalisent tout d'abord une vision commune des éléments probants actuels et de l'état des activités touchant les aînés et la planification d'urgence au Canada et à l'échelle internationale.

En ce qui concerne les prochaines étapes, nous savons que la collaboration constituera un facteur clé de réussite auprès de tous les ordres de gouvernement, des organismes non gouvernementaux, des médias, du secteur privé, des milieux universitaires et des aînés. Ces derniers doivent participer à part entière aux démarches.

L'agence a donc établi deux comités directeurs, l'un national, l'autre international, qui coordonneront les prochaines étapes et maintiendront la cadence des démarches engagées. Sur la recommandation d'Alexandre Sidorenko, chef du Programme de l'ONU sur le vieillissement, le Canada examinera la question de la préparation en cas d'urgence et des aînés dans le cadre d'une réunion de la Commission des Nations Unies pour le développement social, en février 2008. Des préparatifs sont également en cours en vue du deuxième colloque international sur les mesures d'urgence et les aînés qui aura lieu à Halifax, du 18 au 21 mars 2008. Les travaux porteront sur l'élaboration d'une trousse d'outils et de pratiques exemplaires, sur la rédaction de messages clés et sur le renforcement des réseaux et des partenariats.

Par ailleurs, nous sommes heureux d'apprendre que le Comité permanent inter-organisation des Nations Unies a autorisé l'Organisation mondiale de la santé et l'organisme Help the Aged International à coprésider un processus d'une durée de 18 mois, en vue d'élaborer des lignes directrices à l'égard des personnes âgées en cas d'urgence. L'Organisation mondiale de la santé nous a informés que le leadership et le soutien du Canada à l'égard des questions touchant les aînés avaient joué un rôle dans la décision du comité de l'ONU de promouvoir cette question.

Je vais maintenant parler des Villes amies des aînés. En 2006, un partenariat a été établi entre l'OMS et l'Agence de la santé publique du Canada, relativement au projet axé sur le renforcement du vieillissement actif en santé. Le projet visait notamment à élaborer une trousse d'outils axée sur la convivialité à l'égard des aînés à l'intention des villes de plusieurs pays, trousse qui servirait de guide d'intervention en vue d'accroître la convivialité des collectivités à l'égard des aînés à l'échelle mondiale.

Le projet des Villes amies des aînés de l'OMS touchait 33 villes dans 22 pays. Le Canada a non seulement contribué au financement du projet, mais il a également participé activement à l'initiative. Quatre villes canadiennes, à savoir Saanich, en Colombie-Britannique, Portage-la-Prairie, au Manitoba, Sherbrooke au Québec et Halifax en Nouvelle-Écosse faisaient partie des 33 centres urbains dans lesquels des groupes d'étude avaient été mis sur pied.

Le Projet des villes-amies des aînés s'est révélé fructueux à l'échelle nationale et internationale. Le 1^{er} octobre 2007, le Canada a organisé un événement international à la Maison du Canada, à Londres, afin de souligner la Journée internationale

the event, the Minister of Health was presented with Help the Aged U.K.'s international award for Canada's leadership on seniors' health issues.

The celebration also included the formal World Health Organization launch of the *Global Age-friendly Cities: A Guide*. During the launch, the Minister of Health announced the federal government was providing funding to support the second phase of the project. The purpose of this phase is to initiate the implementation of the guide and support the sustainability of local projects and local age-friendly networks abroad and in Canada.

Not only have Canadians cities participated in the Global Age-Friendly Cities Project, we have moved the project out to explore the realities that seniors experience in our rural and remote communities — those with under 5,000 people.

In September 2006, the Federal-Provincial-Territorial Ministers Responsible for Seniors endorsed the Age-Friendly Rural and Remote Communities Initiative. The project is being coordinated through the FPT Healthy Aging and Wellness Working Group, which is co-chaired by Manitoba and the Public Health Agency of Canada.

Interest across Canada was great. At the beginning of this project, we had hoped to find three communities to participate; in the end, we had 10 in eight jurisdictions. We are also producing the age-friendly rural and remote guide for early winter. We just received approval of the guide from the FPT Ministers Responsible for Seniors last Friday.

We believe that both the Age-Friendly Rural and Remote Communities Initiative and the World Health Organization Global Age-Friendly Cities Project will assist jurisdictions to identify barriers, as well as possible solutions, best practices and actions needed to move forward on healthy aging in the communities.

As a next step, the agency is exploring ways to work within Canada, either through the FPT network or bilateral arrangements, to continue momentum on this work. There has been a growing appetite for further collaboration by domestic partners, such as the provinces and territories, the Canadian Institutes of Health Research and NGOs, as well as a number of initial partners who are interested in our work.

Finally, I will give you some information on *Healthy Aging in Canada: A New Vision, A Vital Investment*. At their ninth meeting in September 2006, FPT Ministers Responsible for Seniors endorsed the report *Healthy Aging in Canada: A New Vision, A Vital Investment*, and the background paper entitled *From Evidence to Action*. The report embraces a vision of healthy aging that values and supports the contributions of older people, celebrates diversity, refutes ageism, reduces inequities and provides opportunities for older Canadians to make healthy choices that will enhance their independence and quality of life.

des personnes âgées. Lors de l'événement, le ministre de la Santé a reçu le prix international de l'organisme Help the Aged U.K., en reconnaissance du leadership du Canada en ce qui a trait aux questions de santé qui touchent les aînés.

La cérémonie a été rehaussée du lancement officiel du *Guide des villes-amies des aînés* de l'Organisation mondiale de la santé. Le lancement a permis au ministre de la Santé d'annoncer que le gouvernement fédéral contribuait financièrement à la deuxième étape du projet, qui vise à mettre en œuvre le Guide des villes-amies des aînés de l'OMS et à appuyer la viabilité des projets locaux et l'établissement d'un réseau de collectivités locales amies des aînés à l'étranger et au Canada.

Outre la participation de villes canadiennes au projet mondial des villes-amies des aînés de l'OMS, nous avons étendu la portée du projet afin d'examiner la réalité des aînés dans nos collectivités rurales et éloignées de moins de 5 000 habitants.

En septembre 2006, les ministres fédéraux-provinciaux-territoriaux (FPT) responsables des aînés ont approuvé l'Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés. L'initiative est coordonnée par le groupe de travail FPT sur le vieillissement en santé et le bien-être (coprésidé par le Manitoba et par l'Agence de la santé publique du Canada).

L'initiative a suscité un vif intérêt dans l'ensemble du Canada. Nous espérons initialement obtenir la participation de trois collectivités. En fin de compte, dix communautés de huit territoires et provinces participent au projet. Nous prévoyons publier un guide des collectivités rurales et éloignées amies des aînés au début de l'hiver, et nous espérons qu'il sera diffusé vers le début de l'hiver, car il vient tout juste d'être approuvé par les ministres FPT responsables des aînés.

Nous croyons que l'Initiative FPT des collectivités rurales et éloignées amies des aînés et le Projet des villes-amies des aînés de l'OMS permettront aux compétences intéressées de définir les obstacles, de même que des solutions possibles, les pratiques exemplaires et les interventions nécessaires afin de faire valoir le vieillissement en santé au sein de leurs collectivités.

Par ailleurs, l'agence examine des façons d'intervenir au Canada, par le biais du réseau FPT ou d'ententes bilatérales, afin de poursuivre l'élan engagé dans ce secteur. Nous constatons un intérêt croissant à l'égard de la collaboration de la part de nos partenaires nationaux, notamment les provinces et les territoires, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et les ONG; en plus de partenaires qui s'intéressent à nos travaux depuis le début.

Enfin, vous avez demandé des renseignements au sujet du rapport intitulé *Le vieillissement en santé au Canada : une nouvelle vision, un investissement vital*. Lors de leur neuvième réunion, en septembre 2006, les ministres FPT responsables des aînés ont approuvé ce rapport ainsi que le document d'information *Des faits aux gestes*. Le rapport adopte une vision du vieillissement en santé qui valorise et appuie la contribution des aînés, fait valoir la diversité, rejette l'âgeisme, réduit les inégalités et permet aux Canadiens âgés de faire des choix sains qui améliorent leur qualité de vie.

The new vision document is grounded within *Planning for Canada's Ageing Population: A Framework*, produced for FPT Ministers Responsible for Seniors in 2002 — in particular its health, wellness and security pillar — and recognizes the vital importance of supportive environments.

Supportive environments are the key mechanisms where governments can focus attention, build momentum and see results in moving forward with healthy aging. The agency, working in partnerships with provinces and territories, NGOs, researchers and the private sector, will facilitate the creation of age-friendly communities and move healthy aging forward in Canada through that venue.

In closing, I would like to thank you for the opportunity to come before you, and wish you well with your work.

The Chair: Thank you very much. I was somewhat amused that you took your conference to Winnipeg in minus 40 weather because I did the same thing for our palliative care conference. I must say it focuses the mind beautifully because no one wants to go outside.

Ms. Gillis: It was funny because all the Canadians stayed inside, and all the people from India and Jamaica went outside.

The Chair: They wanted to see what it was like.

Ms. Gillis: Exactly.

The Chair: I will begin the questioning this afternoon with Senator Cordy.

Senator Cordy: You provided an overview from the federal perspective. I would like to look at how it filters down. Formerly, I was a member of the Standing Senate Committee on National Security and Defence. We traveled to all the provinces and tried to determine how much they were actually receiving. Unfortunately, it appeared they were not receiving what people in Ottawa thought they were.

How do we ensure that the plans developed at the federal level with a number of stakeholders filter down to the provinces and to the municipalities? It is the front-line workers, such as the police officers or the military, who need this.

Ms. Gillis: Are you asking me about emergency plans or age-friendly cities?

Senator Cordy: I am talking about emergency preparedness.

Ms. Gillis: With the international and domestic subgroups, we have involved people from the provinces in emergency preparedness who are first-line reactors. We are working with some of the provincial people and the Canadian Red Cross. We have involved partners who are key stakeholders. We knew we could talk amongst ourselves in the seniors' community without having collaborative relationships. However, involving those provincial people in the development of the guidelines and the work that we are doing would facilitate it moving down the line.

Le rapport et sa vision reposent sur le *Cadre de planification relative au vieillissement de la population canadienne*, réalisé en 2002 par les ministres FPT responsables des aînés, en particulier sur les éléments fondamentaux liés à la santé, au bien-être et à la sécurité, et ils reconnaissent l'importance primordiale de milieux axés sur le soutien.

Les milieux axés sur le soutien constituent le mécanisme clé qui permet aux gouvernements de cibler leur démarche, d'établir un rythme et de constater les résultats du point de vue de la promotion du vieillissement en santé. L'agence, de concert avec les provinces et les territoires, les ONG, les chercheurs et le secteur privé, appuiera la création de collectivités amies des aînés et la promotion du vieillissement en santé au Canada.

Encore une fois, je vous remercie de m'avoir offert l'occasion de vous exposer mon point de vue et je vous offre tous mes vœux de succès dans le cadre de vos initiatives.

Le président : C'est nous qui vous remercions. J'ai été quelque peu amusé d'entendre que vous avez tenu votre conférence par un temps de moins 40 degrés à Winnipeg, parce que j'ai fait la même chose pour notre conférence sur les soins palliatifs. J'avoue que c'était un excellent moyen de faciliter la concentration parce que nul ne voulait sortir.

Mme Gillis : C'était drôle parce que tous les Canadiens sont demeurés à l'intérieur alors que tous les participants venus d'Inde et de Jamaïque sont sortis.

Le président : Ils voulaient voir comment c'était.

Mme Gillis : Justement.

Le président : Je vais entamer la période des questions cet après-midi en cédant la parole en premier au sénateur Cordy.

Le sénateur Cordy : Vous nous avez donné un aperçu du dossier d'un point de vue fédéral. J'aimerais voir comment cela filtre vers la base. Auparavant, j'étais membre du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense. Nous avons fait la tournée de toutes les provinces en vue de déterminer combien elles recevaient en réalité. Malheureusement, elles ne recevaient pas, semble-t-il, autant que le croyait Ottawa.

Comment faire en sorte que les plans élaborés au niveau fédéral de concert avec plusieurs intéressés se rendent jusqu'aux provinces et aux municipalités? Ce sont les travailleurs de première ligne, par exemple les policiers ou les militaires, qui en ont besoin.

Mme Gillis : Êtes-vous en train de m'interroger au sujet des plans d'intervention d'urgence ou des villes amies des aînés?

Le sénateur Cordy : Je parle de protection civile.

Mme Gillis : Dans le cadre des sous-groupes internationaux et nationaux, nous avons fait participer des intervenants de première ligne des provinces à la protection civile. Nous travaillons avec certains fonctionnaires provinciaux et avec la Croix-Rouge canadienne. Nous avons des partenaires qui participent en tant que principaux intéressés. Nous savions que nous pouvions parler entre nous, au sein de la communauté des personnes âgées, sans avoir des liens de collaboration. Toutefois, la participation de ces fonctionnaires provinciaux à l'élaboration des lignes directrices et

In the international scene, we have witnessed the movement of the World Health Organization and the UN to adopt our information on seniors.

On the domestic level, we are also getting positive reaction from our partners, in regard to both emergency preparedness and seniors.

That having been said, there is much work to be done.

Senator Cordy: Looking specifically at seniors, their needs may or may not be different than the rest of the population in a given municipality. Are seniors identified as part of a plan, both nationally and within a municipality, so that a senior who may be physically incapacitated is red-flagged by the fire department or by the emergency services within a municipality?

Ms. Gillis: That is one of the goals we want to work on achieving. I am not sure that happens in every community yet. One of the areas identified in our work is the importance of identifying buildings that have a large population of seniors. In most communities, assisted living buildings are already identified by emergency planners, but there is more work to do in identifying all vulnerable populations within the community.

Senator Cordy: I would agree that facilities for assisted living or homes for seniors in a community have been red-flagged. It is the seniors living independently in their own home or with another family member who would be more at risk.

Ms. Gillis: That is the impetus for our work, because we saw in Louisiana that community-dwelling seniors were not identified. Part of our work aims to initiate that process in a more widespread manner.

Senator Cordy: The issue of communicating a plan to a community is important. I heard someone speak about communications with respect to a disaster that had happened in France. The biggest problem was not deaths directly attributed to the explosion but that people all took the same route to get out of the town. Emergency vehicles were unable to reach the people in need.

Ms. Gillis: That example is broader than only seniors. It is a responsibility of the local responders.

An impetus for us was following 9/11 in New York City. The city planners had an agreement with the humane society that in a disaster situation, they could cross emergency lines. However, the city planners did not have agreements with many of the caregivers. When the site was identified as a crime scene, they cut off all transportation into lower Manhattan. People were left in their beds for up to seven days without help, often not knowing what happened — the sky went dark and the phone went dead.

du travail que nous sommes en train de faire faciliterait la diffusion vers la base. Sur la scène internationale, nous avons vu le mouvement au sein de l'Organisation mondiale de la santé et des Nations Unies en vue d'adopter nos renseignements sur les personnes âgées.

Sur la scène nationale, nous obtenons aussi des réactions favorables de nos partenaires, en ce qui concerne à la fois la protection civile et les personnes âgées.

Cela étant dit, il reste beaucoup de travail à faire.

Le sénateur Cordy : En ce qui concerne plus particulièrement les aînés, leurs besoins ne sont peut-être pas différents du reste de la population au sein d'une municipalité donnée. Identifie-t-on les aînés dans le cadre du plan, tant à l'échelle nationale que dans les municipalités, pour que les services des incendies ou d'urgence d'une municipalité sachent qu'un aîné, peut-être incapable de se déplacer, a besoin de secours?

Mme Gillis : C'est l'un des objectifs que nous tenons à réaliser. Je ne suis pas sûre que c'est le cas actuellement au sein de toutes les collectivités. Un des domaines identifiés dans nos travaux est l'importance de repérer les immeubles où se trouvent un grand nombre d'aînés. Dans la plupart des collectivités, les résidences-services sont déjà identifiées par les planificateurs des interventions d'urgence, mais il reste encore du travail à faire pour cerner toutes les populations vulnérables d'une collectivité.

Le sénateur Cordy : Je conviens avec vous que les établissements qui offrent des services ou les maisons pour personnes âgées d'une collectivité ont été repérés. Ce sont les aînés qui vivent seuls dans leur maison ou avec un autre membre de la famille qui sont les plus à risque.

Mme Gillis : C'est ce qui motive nos travaux, parce que nous avons observé en Louisiane que les aînés qui vivent au sein de la collectivité n'avaient pas été repérés. Une partie de nos travaux vise à élargir le processus.

Le sénateur Cordy : L'idée de communiquer le plan à la collectivité est importante. J'ai entendu quelqu'un parler des communications relativement à une catastrophe survenue en France. Le plus grand problème n'était pas les décès directement causés par l'explosion, mais le fait que tous ont emprunté la même route pour sortir de la ville. Les véhicules d'urgence étaient incapables d'atteindre les personnes en détresse.

Mme Gillis : Cet exemple ne vise pas que les aînés. C'est là la responsabilité des intervenants locaux.

Une source de motivation pour nos travaux a été l'après-11 septembre à New York. Les planificateurs de la ville avaient une entente avec la société de protection des animaux selon laquelle, en cas de catastrophe, on pourrait aller d'urgence dans d'autres territoires. Toutefois, les planificateurs urbains n'avaient pas de pareilles ententes avec bon nombre des dispensateurs de soins. Quand le site a été identifié comme étant la scène d'un crime, ils ont coupé tous les moyens de transport vers le sud de l'île Manhattan. Certaines personnes ont été obligées de quitter le lit pour jusqu'à sept jours sans aide, ignorant souvent ce qui s'était produit — le ciel s'était noirci, et il n'y avait plus de service téléphonique.

A number of recommendations came out of that situation, which we have adapted in our work for seniors. We want to ensure emergency groups speak to community groups that provide assistance to vulnerable populations in an emergency.

Senator Cordy: That would also be true about communications. In Halifax, following Hurricane Juan, most people experienced power losses for several weeks. The weather was fine, so there was less impact.

Do you have plans in place for seniors specifically given that they are less likely than a teenager to have a cell phone and such?

Ms. Gillis: Not specifically, although let me explain where we are now, so you will understand why I am not answering directly.

The big policy pieces have been done. A policy document for governments and NGOs was prepared that discusses these issues you raise. In Halifax, the next step is specific tool kits for distribution to the communities. These kits will have questions, such as those you are asking now, about the methods of locating seniors and ensuring they have the information they require.

Probably the best example in the developed world in terms of responding to seniors and emergencies is the State of Florida. They experience hurricanes regularly. If you recall the summer that Hurricane Katrina occurred, there were four or five others that had hit Florida, and there was not the loss of life that occurred with Katrina in the Gulf States.

They have developed a number of best practices plans that they bring to our conferences. We look to Florida for direction in terms of seniors living in high-rises for example. After the electricity goes out, the elevator does not function and the stairs must be used. Often they are not able to use the stairs, so we must ensure those seniors get water and food. They have done much work in this area, which they have been sharing with us in Canada and internationally.

Senator Cordy: When a plan is developed relating to seniors — or even overall emergency preparedness plans — is evaluation included as part of that?

Ms. Gillis: Yes. We are not at the evaluation point yet with the policy piece we are presently involved with. When looking at the best practices that will be happening in the second workshop in Halifax, many of those have evaluations programs incorporated, for example, post-9/11 or Hurricane Katrina. We will be using those.

Plusieurs recommandations ont suivi, recommandations que nous avons adaptées à nos travaux sur les aînés. Nous tenons à faire en sorte que les groupes d'intervention d'urgence parlent avec les groupes communautaires qui offrent l'aide aux populations vulnérables en cas d'urgence.

Le sénateur Cordy : Ce serait vrai également pour les communications. À Halifax, après l'ouragan Juan, une grande partie de la population a été privée d'électricité pendant plusieurs semaines. La météo était superbe, de sorte que cela a eu moins d'impact.

Avez-vous en place des plans visant particulièrement les aînés étant donné qu'ils sont moins susceptibles d'avoir, comme un ado, un cellulaire et d'autres moyens de communication.

Mme Gillis : Pas particulièrement, bien que j'aimerais, avec votre permission, vous expliquer où nous en sommes actuellement, de sorte que vous comprendrez pourquoi je ne réponds pas directement.

Les importants documents d'orientation sont rédigés. Un document d'orientation à l'intention des gouvernements et des ONG traite du genre de question dont vous parlez. À Halifax, l'étape suivante est de distribuer au sein des collectivités des trousseaux d'information spécifiques. Dans ces trousseaux, on trouvera de l'information au sujet des questions que vous abordez actuellement, c'est-à-dire à la façon dont on repère les aînés et qu'on leur transmet l'information dont ils ont besoin.

Le meilleur exemple dans le monde occidental des interventions auprès des aînés et en cas de situation d'urgence est probablement l'État de la Floride. Des ouragans y frappent régulièrement. Si vous vous rappelez l'été pendant lequel l'ouragan Katrina a frappé, il y en a eu quatre ou cinq autres qui ont touché la Floride et, pourtant, il n'y a pas eu de pertes de vie comme ce qui s'est produit avec Katrina dans les États du golfe.

L'État a élaboré plusieurs plans fondés sur des pratiques exemplaires qu'il présente à nos conférences. Nous nous tournons vers la Floride pour savoir quoi faire au sujet des aînés qui vivent dans les tours d'habitation, par exemple. Quand il n'y a pas d'électricité, l'ascenseur ne fonctionne pas et il faut utiliser l'escalier. Souvent, ces personnes sont incapables d'utiliser l'escalier, de sorte que nous devons faire en sorte que ces aînés ont de l'eau et de quoi se nourrir. Les Floridiens ont beaucoup fait dans ce domaine et ils en ont partagé le fruit avec le Canada et le monde entier.

Le sénateur Cordy : Quand un plan est élaboré relativement aux aînés — ou même des plans globaux de protection civile —, l'évaluation en fait-elle partie?

Mme Gillis : Oui. Nous n'avons pas encore atteint le stade de l'évaluation dans le document d'orientation auquel nous travaillons actuellement. Quant aux pratiques exemplaires, le deuxième atelier qui aura lieu à Halifax en traitera, et beaucoup d'entre elles comportent des programmes d'évaluation intégrés, par exemple, après le 11 septembre ou l'ouragan Katrina. Nous nous servons de ces programmes.

Moving this forward is work for us as we implement it directly into the community.

Senator Keon: With respect to the age-friendly cities program, the tool kits and the connections through the World Health Organization with the other countries, is there twinning of some of the cities you have mentioned in Canada and those overseas?

Ms. Gillis: We will have to hire you as a policy person because that is one of the issues we were discussing. It came from a discussion with one of our NGO partners as a possible next step.

We released the age-friendly cities guide on October 1. It has a checklist with the types of issues that cities need to implement to become age-friendly. We are at that phase now. Hopefully, we will be moving into the implementation phase in the next year or two. It is interesting that your suggestion is the same as one that came from the NGOs.

Senator Keon: It would be of tremendous interest to look at some of the housing innovation that has occurred in Europe and Great Britain. We could learn a great deal from them.

Ms. Gillis: Absolutely. There are many such issues on the age-friendly topic and much to be learned from both developed countries and those that are developing on each of the eight checklists.

Senator Keon: Have you almost finished all of your policy documents on emergency preparedness?

Ms. Gillis: They are almost finished and will be released at the social committee meeting at the UN on February 11 to 14, 2008.

Senator Keon: I am probably being a little unfair because I have been on the committee post-SARS and I know Dr. David Butler-Jones very well. However, I do not know where you are in the lines of command in emergency preparedness. That was a big problem when SARS occurred. In reality, the head of the Canadian army truly called the shots. Although he could delegate to various ministers of health, he was legally in charge. Do you know whether there has been any change in that area?

Ms. Gillis: I am not as familiar with the actual responding first line because I am on the health-promotion side. I look at moving the seniors' issues forward, so I am not the right person to ask. I am sure we could take the question back to the Public Health Agency of Canada, PHAC, and ask someone who is a first-line responder at the national level to provide you with the answer.

Senator Keon: I will not have you take that question back because I am bugging them enough right now.

Nous avons du travail à faire pour faire progresser le dossier à mesure que nous mettons tout en œuvre directement au sein de la collectivité.

Le sénateur Keon : En ce qui concerne le programme des villes-amies des aînés, les trousseaux d'information et les contacts établis avec d'autres pays par l'intermédiaire de l'Organisation mondiale de la santé, y a-t-il jumelage de certaines villes que vous avez mentionnées au Canada et à l'étranger?

Mme Gillis : Il va falloir que nous vous engagions comme spécialiste de la politique parce que c'est l'une des questions dont nous sommes en train de discuter. Cette discussion fait suite à une discussion que nous avons eue avec une de nos ONG partenaires comme étant l'éventuelle étape suivante.

Nous avons rendu public le guide sur les villes-amies des aînés le 1^{er} octobre. Il comporte une liste de contrôle du genre de mesures que doivent mettre en place les villes pour être conviviales à l'égard des aînés. Nous en sommes à cette étape. Avec un peu de chance, nous passerons à la phase de la mise en œuvre au cours de l'année prochaine ou de l'année suivante. Il est intéressant de voir que vous faites la même suggestion que l'ONG.

Le sénateur Keon : Il serait supérieurement intéressant d'examiner certaines des innovations en matière de logement qui ont vu le jour en Europe et en Grande-Bretagne. Nous pourrions en apprendre beaucoup d'un pareil exercice.

Mme Gillis : Effectivement. Il y a beaucoup d'enjeux du même genre quand il est question de s'adapter aux aînés, et nous avons beaucoup à apprendre tant des pays développés que de ceux qui sont en développement pour chacune des huit listes de contrôle.

Le sénateur Keon : Avez-vous presque achevé la rédaction de tous vos documents d'orientation en matière de protection civile?

Mme Gillis : Ils sont presque terminés et seront rendus publics à la réunion du Comité social, aux Nations Unies, qui doit se tenir du 11 au 14 février 2008.

Le sénateur Keon : Je suis probablement un peu injuste parce que j'ai fait partie du comité chargé de l'après-crise du SRAS et je connais fort bien Dr David Butler-Jones. Toutefois, j'ignore où vous vous situez au juste dans la chaîne hiérarchique en matière de protection civile. C'était là un énorme problème lorsque la crise du SRAS a frappé. En réalité, c'était le chef de l'Armée canadienne qui prenait vraiment les décisions. Bien qu'il ait délégué son pouvoir à divers ministres de la Santé, c'était lui qui, sur le plan juridique, était en charge. Savez-vous s'il y a eu des changements dans ce domaine depuis lors?

Mme Gillis : Je ne m'y connais pas autant pour ce qui est de la première ligne d'intervention, parce que je travaille du côté de la promotion de la santé. Ce n'est pas à moi qu'il faut poser la question, car mon travail consiste à faire progresser les dossiers qui intéressent les aînés. Je suis sûre que nous pourrions transmettre la question à l'Agence de la santé publique du Canada et que nous pourrions demander à un intervenant de première ligne du niveau national de vous répondre.

Le sénateur Keon : Je ne veux pas que vous transmettiez cette question parce que je les harcèle déjà suffisamment comme cela.

However, it would be useful to know about the concept of twinning and whether you are at the point of arranging a discussion on whom Canada should twin with in Europe and elsewhere.

Ms. Gillis: It would be an interesting piece to take to the World Health Organization because we have a number of developed and developing cities and countries involved, so it could be broader than Canada. We could consider beginning in Canada if we so choose. I will bring your comment back to the office because it is the second time we have heard this.

When we looked at pulling some of the cities in, Udaipur, India, was interested and became one of those in the work on age-friendly cities. The first question from one of the municipal officials was with whom they could twin.

Senator Chaput: Although I might have missed it, I did not hear anything about municipal governments partnering with you.

Ms. Gillis: They are doing so, in fact.

Senator Chaput: At what level are they implicated?

Ms. Gillis: All the municipal governments of participating cities in the international World Health Organization study were our partners. Some Canadian and international mayors participated in the launch at Canada House, in London, on October 1. We worked with municipal governments, and the results from that work on age-friendly cities was most interesting. To date, British Columbia and Manitoba have adopted the age-friendly "communities now" as we call it. We will have guides from cities and rural and remote communities as a basis for their active aging plans. Nova Scotia is looking at doing some more work using it as a centre, and Quebec is beginning to look at how they want to continue the momentum. We have had quite a bit of interest. As well, we have heard from other provinces that want to move forward, and municipalities are involved, which we reach through the provinces. Some municipal organizations partnered with us in the early work.

Senator Chaput: Would the guides be different for a rural community than for an urban community?

Ms. Gillis: That is a great question. Interestingly enough, we expected greater differences in the types of responses we received from older people in developing and developed countries and also between rural-remote communities and cities. There were fewer differences than one would have expected in developed and developing countries. Many of the same issues, such as lack of transportation, housing and surly bus drivers, are universally loathed. We found many similarities.

Toutefois, il serait utile d'en savoir davantage au sujet du concept de jumelage et de savoir que vous êtes sur le point d'organiser une discussion sur les pays avec lesquels le Canada devrait faire du jumelage en Europe et ailleurs.

Mme Gillis : Ce serait un point intéressant à soumettre à l'Organisation mondiale de la santé parce que plusieurs villes et pays développés et en développement participent au projet, de sorte que les questions débordent du contexte canadien. Si nous le voulions, nous pourrions envisager de le faire au Canada. Je vais transmettre votre observation à mes supérieurs parce que c'est la deuxième fois que nous entendons une pareille suggestion.

Quand nous avons examiné l'idée de faire participer certaines villes, Udaipur, en Inde, était intéressée et est devenue l'une de celles qui a participé aux travaux sur les villes-amies des aînés. La première question posée par un des fonctionnaires municipaux était de savoir avec qui il pouvait se jumeler.

Le sénateur Chaput : Bien que j'en aie peut-être sauté des bouts, je n'ai rien entendu au sujet d'administrations municipales qui auraient des partenariats avec vous.

Mme Gillis : Elles en ont, en fait.

Le sénateur Chaput : À quel niveau s'engagent-elles?

Mme Gillis : Toutes les administrations municipales qui participent à l'étude internationale de l'Organisation mondiale de la santé étaient nos partenaires. Certains maires de villes canadiennes et étrangères ont pris part au lancement à la Maison du Canada, à Londres, le 1^{er} octobre. Nous avons travaillé de concert avec des administrations municipales, et les résultats de ces travaux sur les villes amies des aînés étaient des plus intéressants. Jusqu'ici, la Colombie-Britannique et le Manitoba ont adopté le concept des collectivités désormais amies des aînés, comme on les appelle. Nous aurons des guides des villes et des collectivités rurales et éloignées qui serviront à dresser les plans de vieillissement en santé. La Nouvelle-Écosse envisage de faire plus de travaux en les utilisant comme pivots, et le Québec commence à examiner la façon dont il souhaite poursuivre ses travaux. On a manifesté pas mal d'intérêt. De plus, nous avons entendu d'autres provinces se dire intéressées à aller de l'avant, et des municipalités que nous rejoignons par l'intermédiaire des provinces manifestent aussi de l'intérêt. Certains organismes municipaux ont travaillé en partenariat avec nous au début des travaux.

Le sénateur Chaput : Les guides pourraient-ils être différents selon qu'il s'agit d'une collectivité rurale ou d'une collectivité urbaine?

Mme Gillis : Voilà une excellente question. Fait plutôt intéressant, nous nous attendions à de plus grands écarts dans le genre de réactions que nous avons eues des aînés des pays en développement et des pays développés et entre les collectivités éloignées et rurales et les villes. En fait, il y a moins de différence qu'on aurait pu le croire entre les pays développés et ceux qui sont en développement. Bon nombre des mêmes problèmes, comme le manque de transport, le logement et l'humeur maussade des chauffeurs d'autobus, sont universels. Nous avons relevé de nombreuses similitudes.

Similarly, there were the same types of concerns expressed by rural-remote communities and cities. Of course, access issues are often highlighted in rural communities. We are beginning to see much of what you have studied in this committee: Our rural communities are losing their young people. We have many older people living in rural communities, and the traditional support networks of the children are now in Toronto or Winnipeg or elsewhere. That information is starting to surface, and difficulties with access to health care is coming out more directly than we would see in the cities.

Senator Chabot: Is there a link?

Ms. Gillis: Yes, there is a link.

The Chair: What kind of components would you be looking for to be able to declare a city age-friendly?

Ms. Gillis: We identified eight determinants of health as the basis. If I may take you back one step, I will remind you about how the work was done at the front end — which I believe I told you about during my appearance before the committee about one year ago.

We asked seniors eight direct questions on determinants of health dealing with outdoor spaces, buildings, transportation, housing, social participation, respect and inclusion, civic participation and employment, and community and health services. We worked with universities, geriatricians and gerontologists to develop scientific questions. In the big cities, we spoke to eight different groups with different demographics. We spoke to civic leaders and caregivers. We asked them a series of questions on the eight determinants of health. We heard back from older people in their own voices what they needed in their cities to age healthily.

To get back to your question, we asked specific questions, so, based on those determinants of health, we had an overall vision of age-friendly cities. We created a checklist and gave this as a guide to cities who participated. They then look around their respective communities to determine where they have weaknesses and strengths. We use that as a guideline to make their cities more age-friendly. The common mantra is good design is good design: If we have good design for older people, then we generally have good design for children. Age-friendly is not only for seniors but also for others in the community.

The Chair: Does any money go along with this?

Ms. Gillis: Yes, there has been funding. Canada was so well acknowledged for its work because we funded many developing countries. Although it was not much money, it was sufficient to

De la même façon, les collectivités rurales éloignées et les villes ont exprimé le même genre de préoccupations. Naturellement, les questions d'accès sont souvent mises en relief dans les collectivités rurales. Nous commençons à observer en grande partie ce que vous avez constaté en comité : nos collectivités rurales perdent leurs jeunes. Il y a beaucoup de personnes âgées vivant dans les collectivités rurales, et les réseaux traditionnels de soutien que sont les enfants se trouvent maintenant à Toronto, à Winnipeg ou ailleurs. L'information commence à voir le jour, et les difficultés d'accès aux soins de santé ressortent plus nettement que ce qu'on pourrait observer dans les villes.

Le sénateur Chabot : Y a-t-il un lien?

Mme Gillis : Oui.

Le président : En fonction de quels éléments pourriez-vous déclarer une ville amie des aînés?

Mme Gillis : Nous avons repéré huit déterminants de la santé comme base. Si je peux vous ramener en arrière quelques instants, je vous rappelle comment le travail s'est fait au début — je crois vous l'avoir expliqué durant mon témoignage devant votre comité il y a un an environ.

Nous avons posé aux aînés huit questions directes sur les déterminants de la santé, notamment les espaces extérieurs, les immeubles, le transport, le logement, la participation à la vie sociale, le respect et l'inclusion, la participation à la vie municipale et l'emploi, ainsi que les services communautaires et services de santé. Nous avons travaillé avec des universités, des gériatres et des gérontologues en vue d'élaborer des questions scientifiques. Dans les grandes villes, nous avons discuté avec huit groupes différents aux profils démographiques distincts. Nous avons parlé à des notables et à des dispensateurs de soins. Nous leur avons posé une série de questions sur les huit déterminants de la santé. Les aînés nous ont communiqué eux-mêmes ce dont ils avaient besoin dans leur ville pour vieillir en santé.

Pour en revenir à votre question, nous avons posé des questions précises, de sorte que, en fonction de ces déterminants de la santé, nous avons obtenu un portrait global des villes amies des aînés. Nous avons donc établi une liste de contrôle et l'avons communiquée aux villes qui avaient participé à nos travaux en tant que guide. Ensuite, elles examinent leurs collectivités respectives afin de déterminer où sont leurs faiblesses et leurs points forts. Nous nous en servons comme principes directeurs pour rendre ces villes plus conviviales à l'égard des aînés. La phrase sacrée qui revient constamment est qu'un bon design est toujours valable : si nous concevons bien les installations pour les aînés, nous aurons alors, en règle générale, des installations bien conçues pour les enfants. Leur adaptation à l'âge ne vaut pas seulement pour les aînés, mais également pour d'autres membres de la collectivité.

Le président : Est-ce que tout cela s'accompagne d'argent?

Mme Gillis : Oui, il y a des fonds. Le Canada a été si bien reconnu pour son travail parce qu'il a financé de nombreux pays en développement. Bien que le montant ne soit pas très important,

pull it together. The studies on age-friendly and rural-remote were funded by the provinces and the PHAC — from the FPT pot. Now, we are looking at other ways to move forward.

We have traditionally used the population health fund from the PHAC to fund the work. We will look at some version of that as we move forward and at how we will do the implementation phases. As I mentioned, we have had a great deal of interest from many communities wanting to move into the project.

The Chair: What types of coordination are you doing with other departments?

Ms Gillis: We work directly through Human Resources and Social Development Canada, HRSDC, which is the lead for seniors for the Government of Canada. We have been working with them, informing other departments. At this point, we have been working more closely, though, with the provinces and municipalities. That has been the major direction of our work.

The Chair: This takes you somewhat out of your comments for today, but an area that is of grave concern is the health care of seniors and, more particularly, their access to appropriately trained physicians and nurses. We heard that there has been a doubling in the number of gerontologists, but we know that the baseline for that doubling was so small that it was similar to increasing from 10 to 20. We still have a huge lack of gerontologists, and the number of nurses has not changed at all. What type of work is your agency doing, if any, with respect to attracting more physicians to enter gerontology?

Ms Gillis: Bear with me, because the new job I just started today is directly on that issue. I have only had a five-minute briefing, so I am not sure I can answer that question yet; perhaps in a few weeks.

From the perspective of the Public Health Agency of Canada, interestingly enough, some of those concerns came up on the age-friendly city discussion on health care access, both in rural-remote communities and in age-friendly cities. It was interesting because the concern was not so much about gerontologists as about primary care. Perhaps the second part to your question should be about the number of gerontologists we need and the amount of information front-line providers across the health spectrum know about seniors, whether it is nursing, occupational therapists or physicians, or the whole coordinated team. There are two pieces to that.

The Chair: As a little bit of advice, when I began my work with palliative care, a fascinating study came out of Edmonton, and another out of McGill, indicating that the average physician had

il a suffi pour tout faire. Les études sur l'adaptation à l'âge et sur les collectivités rurales et éloignées ont été financées par les provinces et par l'Agence de la santé publique du Canada — ce n'est pas venu du fonds commun FPT. Nous sommes actuellement en train d'examiner d'autres façons d'aller de l'avant.

Dans le passé, nous nous sommes servis du fonds destiné à la santé de la population à l'ASPC pour financer les travaux. Nous examinerons une variante de cette formule à mesure que nous irons de l'avant et comment nous procéderons à la mise en œuvre. Comme je l'ai mentionné, de nombreuses collectivités s'intéressent beaucoup à ce que nous faisons et elles souhaitent participer au projet.

Le président : Quel genre de coordination assurez-vous auprès d'autres ministères?

Mme Gillis : Nous passons directement par Ressources humaines et Développement social Canada, soit RHDSC, premier responsable des personnes âgées au sein du gouvernement du Canada. Nous travaillons de concert avec ce ministère à informer d'autres ministères. À ce stade-ci, nous avons travaillé plus étroitement, toutefois, avec les provinces et les municipalités. Ce fut là l'essentiel de notre travail.

Le président : Ma question déborde un peu du cadre de vos observations d'aujourd'hui, mais un domaine très préoccupant est l'accès des personnes âgées aux soins de santé, plus particulièrement à des médecins et à des infirmières spécialisés dans le genre de soins dont elles ont besoin. Nous avons entendu dire que le nombre de gérontologues avait doublé, mais nous savons que le nombre au départ était si faible que cela revenait à passer de 10 à 20. Il y a encore une énorme pénurie de gérontologues, et le nombre d'infirmières n'a pas changé du tout. Quel genre de travail effectue votre agence, si elle en fait, pour attirer plus de médecins en gérontologie?

Mme Gillis : Je fais appel à votre bienveillance, parce que le nouvel emploi que j'occupe depuis aujourd'hui seulement porte directement sur cette question. Je n'ai eu qu'une séance d'information de cinq minutes. Je ne suis donc pas sûre que je suis prête à répondre à cette question. Peut-être le serai-je dans quelques semaines.

Fait plutôt intéressant du point de vue de l'Agence de la santé publique du Canada, certaines de ces préoccupations ont fait surface durant les discussions sur les villes-amies des aînés quand on a mentionné l'accès aux soins de santé, tant dans les collectivités rurales et éloignées que dans les villes amies des aînés. C'était intéressant parce que la préoccupation ne porte pas tant sur les gérontologues que sur les soins primaires. La seconde partie de votre question devrait peut-être porter sur le nombre de gérontologues dont nous avons besoin et sur l'information qu'ont les fournisseurs de première ligne dans le domaine de la santé au sujet des personnes âgées, que ce soit des infirmiers, des ergothérapeutes ou des médecins, ou encore toute l'équipe pluridisciplinaire. Il y a deux volets à cette question.

Le président : Si je puis me permettre un petit conseil, lorsque j'ai commencé à travailler en soins palliatifs, une étude fascinante est venue d'Edmonton et une autre de McGill selon lesquelles le

one hour of training in their entire four years of medical school on palliative care, including pain management. I decided that, quite frankly, this had to change.

As of next June, no physician will graduate from undergraduate medicine without a core program in palliative medicine. We were able to accomplish that by giving the College of Physicians and Surgeons \$1.25 million, which was a small amount of money, but they developed the curriculum and got it to the medical schools, and it happened. Gerontology will be the next area to tackle. If graduating physicians learned about dealing with seniors in their undergraduate program, we would not have the situation where seniors cannot find a family physician because when their gerontologist or family physician dies or decides to leave practice, the younger physicians will not take them. One reason for that is they do not know anything about seniors.

Ms Gillis: That will just grow with the demographics. That is an area for me to consider in my new job.

The Chair: Thank you very much for your presentation this afternoon. It was very much appreciated.

Honourable senators, I would like to hold you in camera for a few minutes.

The committee continued in camera.

OTTAWA, Monday, December 10, 2007

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:31 p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: I want to welcome all of you to the Special Senate Committee on Aging. This committee is examining the implications of an aging society in Canada.

Today's meeting will focus on housing, supportive housing, assisted living and home care. To help us understand the issues surrounding these topics, we have before us Luis Rodriguez and Debra Darke from the Canada Mortgage and Housing Corporation; Sharon Sholzberg-Gray, President and Chief Executive Officer of the Canadian Healthcare Association; Pierre Allard and David MacDonald from The Royal Canadian Legion; Margaret Hall from the University of British Columbia; and, appearing via video conference, Marcus Hollander, President of Hollander Analytical Services Ltd.

médecin moyen recevait une heure de formation durant ses quatre années d'études en médecine sur les soins palliatifs, y compris sur la gestion de la douleur. J'ai décidé que, pour être tout à fait franc, il fallait que cela change.

À compter de juin prochain, aucun étudiant de médecine ne pourra obtenir son diplôme de premier cycle s'il n'a pas suivi un programme d'études de base en soins palliatifs. Nous y sommes parvenus en versant au Collège des médecins et des chirurgiens 1,25 million de dollars, un faible montant, somme toute, mais il a permis d'élaborer un programme d'études et de l'implanter dans les écoles de médecine. La gériatrie sera la prochaine cible. Si les médecins, à leur sortie de l'université, ont appris à traiter avec des personnes âgées, il n'y aura plus de cas où les aînés ne peuvent se trouver de médecin de famille parce qu'au décès ou à la prise de la retraite de leur gériatologue ou médecin de famille, les médecins plus jeunes refusent de les prendre en charge. Une des raisons expliquant ce phénomène est qu'ils ne savent strictement rien des aînés.

Mme Gillis : Le problème ne fera que s'amplifier avec le vieillissement de la population. C'est là une question que je devrai suivre de près dans mon nouvel emploi.

Le président : Je vous remercie beaucoup de l'exposé que vous nous avez fait cet après-midi. Nous vous en sommes très reconnaissants.

Chers collègues, j'aimerais que nous nous réunissions à huis clos pour quelques minutes.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.

OTTAWA, le lundi 10 décembre 2007

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui à 12 h 31 pour examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et en faire rapport.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Je tiens à vous souhaiter à tous la bienvenue au Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Le comité examine les incidences du vieillissement de la société canadienne.

Nous allons, dans la réunion d'aujourd'hui, nous concentrer sur le logement, le logement-services, le logement en milieu de soutien et les soins à domicile. Vont nous aider à comprendre ces différents sujets Luis Rodriguez et Debra Darke, de la Société canadienne d'hypothèques et de logement; Sharon Sholzberg-Gray, présidente et chef de la direction de l'Association canadienne des soins de santé; Pierre Allard et David MacDonald, de La Légion royale canadienne; Margaret Hall, de l'Université de la Colombie-Britannique; et Marcus Hollander, président de Hollander Analytical Services Ltd, qui comparait devant nous par vidéoconférence..

We will begin with our video conference witness because sometimes technology does not always work the way we want. While we have him here and know the connection is working, we would like to start with Mr. Hollander.

Marcus J. Hollander, President, Hollander Analytical Services Ltd., as an individual (by video conference): I would like to thank the Special Senate Committee on Aging for inviting me to speak about the research we have done over the past several years and how this research may be able to inform the policy process.

While the current national policy focus is on short-term and specialty home care, and certainly significant contributions have been made in this area, it may now be time to also consider how best to respond to seniors who have on-going or long-term care needs. It is our view that there are two key areas that this committee may wish to consider in its deliberations: The importance of a focus on a broader, integrated system of care for the elderly; and the importance of long-term home care and home support services.

I shall discuss each of these topics in turn.

With regard to more integrated models of care delivery, seniors have a range of care needs that cut across both health and social services. Ideally, one would like to have a system of care that is specifically targeted to meet this diverse set of needs, incorporating a broad continuum of services from home care to housing options to residential care and specialty geriatric services in hospitals.

While there were movements to develop such broader systems at the provincial level in the late 1980s and early 1990s, the recent policy focus has been more on component parts such as home care, housing and residential care — obviously, these are also very important. We are of the view that coordinated, integrated care delivery systems for persons with ongoing care needs are, as Martha Stewart might say, a good thing. They are good clinically because they allow for well-coordinated, seamless care for clients across a wide range of services, from Meals on Wheels to specialized geriatric assessment and treatment centres in hospitals.

They are good from a policy perspective because policies can be made at the broader systems level, across all care services in the system, to the benefit of the client.

They are good economically because such systems allow for trade-offs between, for example, less costly home care services and more expensive residential care or acute care services. Such efficiencies can increase value for money within the continuing care system — home care, long-term care and appropriate housing options — and within the broader health care system.

Nous allons commencer par le témoin qui comparait par vidéoconférence, étant donné que la technologie ne fonctionne pas toujours comme nous le voudrions. Nous préférons donc commencer par M. Hollander, étant donné qu'il est déjà là et que nous savons que la connexion est bonne.

Marcus J. Hollander, président, Hollander Analytical Services Ltd., à titre personnel (par vidéoconférence) : J'aimerais remercier le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement de m'avoir invité à vous parler de la recherche que nous effectuons depuis plusieurs années et vous démontrer comment elle peut éclairer le processus d'élaboration des politiques.

La politique nationale actuelle porte surtout sur les soins à court terme et les soins à domicile spécialisés, et il va sans dire que de grands progrès ont été accomplis dans ce domaine, mais le moment est peut-être venu de se demander quel est le meilleur moyen de répondre aux besoins continus ou à long terme des aînés. À notre avis, le comité devrait examiner les deux grandes questions suivantes dans le cadre de ses délibérations : l'importance de mettre l'accent sur un système élargi et intégré de soins aux aînés; et l'importance d'offrir des services de soins et de soutien à domicile.

Je vais aborder ces deux sujets à tour de rôle.

En ce qui concerne les modèles plus intégrés de prestation de soins, les aînés ont de nombreux besoins qui relèvent autant des services de santé que des services sociaux. Dans un monde idéal, le système de soins serait conçu pour répondre à cette diversité de besoins et comprendrait un vaste éventail de services, allant des soins à domicile à des options d'hébergement, aux soins en établissement et aux services gériatriques en milieu hospitalier.

Malgré les efforts déployés à la fin des années 1980 et au début des années 1990 pour mettre au point ce genre de système élargi à l'échelon provincial, les récentes politiques mettent davantage l'accent sur certaines composantes du système, comme les soins à domicile, le logement et les soins en établissement — qui sont bien sûr elles aussi très importantes. Nous croyons que la mise en place de systèmes coordonnés et intégrés de prestation de soins à l'intention des personnes qui ont des besoins constants serait une bonne chose, pour paraphraser Martha Stewart. Ces systèmes sont une bonne chose sur le plan clinique parce qu'ils permettent d'offrir des soins coordonnés et intégrés par le biais d'une vaste gamme de services, allant de la Popote roulante aux centres d'évaluation et de traitement gériatrique en milieu hospitalier.

Ils sont une bonne chose d'un point de vue stratégique, parce qu'il est ainsi possible d'élaborer des politiques à l'échelle du système pour couvrir l'ensemble des services de soins et ce, dans l'intérêt du client.

Ils sont une bonne chose sur le plan économique parce qu'ils permettent de faire des compromis, par exemple entre des services à domicile moins coûteux et des services de soins en établissement ou de soins actifs qui, eux, coûtent plus cher. Les économies ainsi réalisées peuvent servir à optimiser les ressources au sein du système de soins continus — soins à domicile, soins à long terme et options de logement appropriées — et du système de soins de santé en général.

Finally, they are good because, if done well, it should be possible to simultaneously reduce costs or increase efficiencies and provide better care to clients.

How care delivery systems are organized and structured can have a profound effect on both the quality of care received and the costs of care to government.

I will talk about some of the evidence from our research that focuses on these topics. The history of home care services is one of an amalgamation of professional and supportive services. A new recognition of the importance of preventative and supportive care, and long-term home care is reflected in recent recommendations to enhance home-care funding to allow people to remain in their homes by increasing support to long-term home care and home support services by \$700 million and \$200 million in Ontario and British Columbia, respectively. In Ontario, this is the Aging at Home Strategy, and in British Columbia this was a recommendation of the premier's council.

There is some evidence about the cost-effectiveness of preventative home support services. A British Columbia study indicated that long-term home care can prevent or reduce the rate of admission to hospitals and long-term care facilities. People who only received housekeeping services and who were cut from service in two health regions were compared to people not cut from services in two similar regions in the mid-1990s. In the year before the cuts, the average annual cost per client broadly for the health care system was \$4,500 to \$5,000 per year. In the third year after the cuts, the comparative costs were \$11,900 and \$7,800, respectively, for a net difference of \$3,500. Thus, on average, the people actually cut from care cost the health care system \$3,500 more in the third year after the cuts than people who were not cut from service.

Total costs over the three-year period after the cuts were a little over \$28,000 and \$20,000, respectively, for those who were cut compared to those who were not cut from care. Most of the differences in costs were accounted for by increased costs for acute care and long-term residential care services.

We have conducted several studies about the cost-effectiveness of home care, particularly in Western Canada. The consistent result has been that, for people with the same levels of care need, home care services generally cost less than residential care services in terms of cost to government. We also found that the majority

Enfin, ils sont une bonne chose parce que, s'ils sont mis en place efficacement, il serait possible de réduire les coûts ou d'accroître les économies tout en offrant en même temps de meilleurs soins aux clients.

Le mode d'organisation et la structure des systèmes de prestation des soins peuvent avoir des répercussions profondes sur et la qualité des soins reçus et les dépenses du gouvernement au chapitre des soins.

Je vais parler un petit peu de certaines des preuves qui sont ressorties des travaux de recherche que nous avons effectués sur ces différents thèmes. Les services de soins à domicile sont issus de la fusion de services professionnels et de services de soutien. Les récentes recommandations visant à augmenter le financement des soins à domicile pour permettre aux gens de demeurer chez eux reflètent le regain de l'importance accordée aux soins préventifs et de soutien ainsi qu'aux soins à long terme à domicile. En Ontario et en Colombie-Britannique, on recommande d'augmenter les fonds consacrés aux services de soins et de soutien à domicile à long terme de 700 millions et de 200 millions de dollars, respectivement. En Ontario, il s'agit de la stratégie Vieillir chez soi, et en Colombie-Britannique, il s'agit d'une recommandation du conseil du premier ministre.

La rentabilité des services préventifs de soutien à domicile est démontrée. Selon une étude menée en Colombie-Britannique, les soins à domicile de longue durée peuvent prévenir ou réduire les admissions dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée. Au milieu des années 1990, on a établi une comparaison entre les personnes ne recevant que des services d'entretien ménager et qui étaient touchées par les réductions de services dans deux régions sanitaires et des personnes non visées par les réductions de services dans deux régions similaires. L'année précédant les coupures dans les services, les services offerts pour les personnes touchées par les coupures coûtaient en moyenne entre 4 500 \$ et 5 000 \$ par personne. Trois ans après les coupures, les coûts comparatifs s'établissaient à 11 900 \$ et 7 800 \$ respectivement, soit une différence nette de 3 500 \$. En moyenne, donc, les personnes touchées par les coupures dans les services coûtaient au système de santé quelque 3 500 \$ de plus, trois années après les coupures, par rapport aux personnes non touchées par les réductions de services.

Les coûts totaux sur les trois années ayant suivi les coupures se sont élevées à 28 000 \$ et à 20 000 \$ respectivement, pour les personnes touchées par les coupures de services et pour celles qui ont continué à en bénéficier. La différence est attribuable en grande partie aux soins actifs et aux services de soins de longue durée en établissement.

Nous avons dirigé plusieurs études sur la rentabilité des soins à domicile, notamment dans l'ouest du Canada. Le résultat constant est le suivant : pour les personnes qui ont les mêmes besoins en matière de soins, les services de soins à domicile coûtent en général moins cher au gouvernement que les soins en

of the home care services were for non-professional home support services.

Taking a broader perspective, we also conducted a study in Victoria, British Columbia, and Winnipeg, Manitoba, that looked at costs from a broader, societal perspective and included out-of-pocket expenses for clients and family members. The time contribution of family members who care for their loved ones cost the equivalent of replacement wages for paid caregivers. Even using this broader societal perspective, overall costs were less for home care clients. The quality of care in terms of client and family caregiver satisfaction and the client quality of life were as good or better for people receiving home care. Thus, the lower-cost home care alternative did not result in reductions in the quality of care.

While the contribution of facility care is very important and should be both respected and recognized, there may still be opportunities to substitute lower-cost home care for higher-cost residential care. The literature would indicate that supportive housing may also be less costly than residential care, but this is an area that requires further research.

We also found that the savings from substituting home care services for residential care services are not just theoretical; they can happen in the real world. Actual savings were achieved in British Columbia from the mid-1980s to the mid-1990s by holding down future construction of long-term care facility beds and making investments in home care.

An important point here is that what does not seem to be fully appreciated in current policy discussions is a seeming paradox of service provision: While elderly persons with functional limitations have health conditions and need medically necessary care, the appropriate responses to their health care needs are, in large part, often supportive services.

Taking the time to give a senior, who needs care, a bath, preparing a meal, feeding the individual and ensuring a safe and sanitary environment in the home does not necessarily have to be done by a health professional. However, for people who are too frail to shop, cook or take baths on their own due to their medical conditions, this type of personal support allows them to maintain their independence for as long as possible. It may actually save the health care system money by avoiding repeated hospital admissions and premature entry into long-term care facilities.

An extensive program of research on the cost-effectiveness of home care, which I had the privilege to be involved in, called the National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care presented a number of policy recommendations about how home care services should be structured. The synthesis report of this

établissement. Nous avons également constaté que, dans la majorité des cas, les services de soins à domicile se résumaient à des services de soutien à domicile prodigués par des non-professionnels.

Nous avons également effectué une étude à Victoria, en Colombie-Britannique, et à Winnipeg, au Manitoba, dans le but d'évaluer les coûts pour la société en général, y compris les dépenses directement assumées par les clients et des membres de leur famille. La contribution en temps de la part de parents qui s'occupent de proches coûte l'équivalent du salaire qui serait versé à un soignant rémunéré. Même en utilisant cette perspective sociétale plus large, les coûts d'ensemble étaient moindres pour les clients des services à domicile. La qualité des soins, selon le degré de satisfaction des clients et des aidants membres de la famille, et la qualité de vie du client, étaient égales ou meilleures dans le cas des personnes qui recevaient des soins à domicile. Ainsi, le fait d'opter pour des services de soins à domicile, moins coûteux, n'a pas diminué la qualité des soins.

Sans nier la grande importance de la contribution des soins en établissement, qu'il faut reconnaître et respecter, il peut toujours exister des occasions de remplacer les soins en établissement, qui coûtent plus cher, par des services de soins à domicile, moins coûteux. Certaines études démontrent que les logements en milieu de soutien peuvent également être moins coûteux que les soins en établissement, mais cette question nécessite une étude plus approfondie.

Nous avons également constaté que les économies générées par le remplacement des services en établissement par des services de soins à domicile ne sont pas qu'hypothétiques; elles peuvent réellement être réalisées. Entre le milieu des années 1980 et le milieu des années 1990, la Colombie-Britannique a réalisé des économies réelles en ralentissant la construction de nouveaux établissements de soins de longue durée et en investissant plutôt dans les services de soins à domicile.

Chose importante ici, les débats actuels sur la politique font ressortir un paradoxe concernant la prestation des services, et dont il semble que l'on ne tienne pas suffisamment compte : bien que les aînés ayant des limitations fonctionnelles requièrent des services médicaux, les solutions les plus appropriées face à leur état de santé sont souvent en grande partie des services de soutien.

Il n'est pas absolument nécessaire de faire appel à un professionnel pour donner un bain à un aîné, lui préparer un repas, le nourrir et veiller à ce que sa maison soit propre et sécuritaire. Ce genre de services de soutien personnels permettent aux personnes trop malades pour faire leurs courses, cuisiner ou prendre leur bain seules de conserver leur autonomie le plus longtemps possible. Ces services peuvent également générer des économies pour le système de soins de santé en évitant les admissions répétées à l'hôpital et le placement prématuré en établissement de soins de longue durée.

Aux termes d'un vaste projet de recherche sur la rentabilité des services de soins à domicile, appelé National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care, auquel j'ai eu le privilège de participer, nous avons formulé un certain nombre de recommandations sur la façon dont les services de soins à

project notes that home care, in order to more readily make the types of substitutions required to achieve greater efficiencies, needs to be part of a broader, integrated system of home and residential care, often referred to as continuing care.

By having administrative and fiscal control over such a large, integrated system of care, senior executives and policy-makers can take steps to ensure that appropriate and cost-effective substitution of home care services for acute care and residential care can, in fact, take place. Simply enhancing expenditures on home care per se may have a limited effect unless steps are taken to ensure that appropriate substitutions of home care services for acute and/or residential care services can be made.

In conclusion, we have moved from provincial care delivery systems in the early 1990s to more regionalized models. There are now many different examples of how to structure care services and also emerging, made-in-Canada, best practice models for structuring these health care delivery systems for the elderly.

A national focus on integrated care delivery systems seems to be lacking. It would be helpful if there could be some way for people who work in this area to share experiences and learn from each other about what seems to work and what does not.

Furthermore, in our earlier work, and this was some time ago, we found that the costs of integrated systems of delivery for the elderly and persons with disabilities — that is the cost for a provincial continuing care system — constituted the third largest component of our health care system in terms of public expenditures, after hospital and physician services. At present, we do not collect — or at least report — national data that would allow us to confirm if this is still the case. Our expectation is that appropriately structured, integrated models of care delivery for people with ongoing care needs would still constitute the third largest component of public health expenditures in our health care system. Certainly, drug expenditures have been increasing, but a significant portion of those expenditures are paid for by individuals themselves.

The challenge of developing the most appropriate systems of care for the elderly and other persons with ongoing care needs is, in our view, deserving of an active national policy focus.

The Chair: Thank you very much, Mr. Hollander. Next is Mr. Rodriguez.

Luis Rodriguez, Senior Researcher, Canada Mortgage and Housing Corporation: I want to thank members of the Special Senate Committee on Aging for inviting Canada Mortgage and Housing Corporation, CMHC, to participate. I hope that our discussions today will contribute to the committee's work. My

domicile devraient être structurés. Le rapport de synthèse indique que si l'on veut effectuer rapidement les types de substitution nécessaires pour réaliser des gains d'efficacité, alors il faut inclure les soins à domicile dans un système intégré et élargi de soins à domicile et de soins en établissement, souvent appelés soins continus.

L'exercice du contrôle administratif et fiscal sur un tel système intégré et élargi de soins permet aux dirigeants et aux décideurs de prendre les mesures requises pour assurer la transition efficace et rentable des soins actifs et en établissement vers des services de soins à domicile. Si l'on se contente d'augmenter les dépenses consenties aux soins de santé à proprement parler, on risque d'avoir un effet limité, sauf à prendre également des mesures pour remplacer les services de soins en établissement et(ou) de soins actifs par des services de soins à domicile.

En conclusion, nous sommes passés de systèmes provinciaux de prestation de soins au début des années 1990 à des modèles plus régionaux. Aujourd'hui, il existe une grande variété de structures de services de soins, et de nouvelles pratiques exemplaires « faites au Canada » commencent également à émerger en ce qui concerne l'organisation des services de soins aux aînés.

Ce qui semble faire défaut est une vision nationale axée sur des systèmes intégrés de prestation de soins. Il serait utile que les personnes travaillant dans le domaine puissent partager leur expérience et apprendre les uns des autres pour savoir ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

En outre, dans le cadre de nos travaux antérieurs, qui remontent déjà un petit peu en arrière, nous avons constaté que les coûts des systèmes intégrés de prestation de soins aux aînés et aux personnes ayant des déficiences — c'est-à-dire le coût d'un système de soins de santé continus provincial — représentaient la troisième dépense publique en importance dans le cadre du système de soins de santé, après les services hospitaliers et les services de médecin. À l'heure actuelle, nous ne cueillons pas — ou en tout cas nous ne rapportons pas — de données nationales qui nous permettraient de confirmer si c'est toujours le cas. Nous nous attendrions à ce que des modèles intégrés et bien structurés de prestation de soins prolongés aux personnes en ayant besoin demeureraient le troisième plus important poste de dépenses publiques au titre de notre système de soins de santé. Les coûts des médicaments vont, certes, augmentant, mais une importante partie de ces coûts est assumée par les usagers eux-mêmes.

L'élaboration des systèmes de soins de santé les plus appropriés pour les aînés et pour toutes les personnes ayant des besoins continus est un défi qui mérite, à notre sens, de faire l'objet d'un travail actif d'établissement d'une politique nationale.

La présidente : Merci beaucoup, monsieur Hollander. La parole est maintenant à M. Rodriguez.

Luis Rodriguez, chercheur principal, Société canadienne d'hypothèques et de logement : Je désire remercier les membres du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement d'avoir invité la Société canadienne d'hypothèques et de logement à participer. J'espère que les discussions que nous aurons aujourd'hui

presentation will focus on seniors' housing choices, where seniors are defined as people 55 years of age or older.

I have organized my presentation into seven parts: seniors' satisfaction with their current housing; seniors' housing preferences; seniors' housing choices model and the continuum of accommodation and support services; aging in place and home care; supportive housing and assisted living; community planning; and CMHC's seniors' housing research information transfer.

Our research shows that Canadian seniors are fairly comfortable in their current accommodations. In a recent national survey, nine in 10 seniors — 92 per cent — said their current housing situation generally meets their needs, compared to 6 per cent who felt otherwise.

According to the same survey, seniors who earn less than \$20,000 a year in household income were significantly less satisfied than their counterparts with their housing situation. However, the great majority — 83 per cent — of these lower-income seniors felt their housing situation met their needs. Homeowners who live in a single family detached home and who rate their health as excellent, were more likely than their counterparts to say their current housing situation met their needs.

The national survey I just mentioned also indicated that 87 per cent of seniors 55 years of age or older said that they planned to remain in their present home for as long as possible, even if there were changes in their health status. This preference appears to be getting stronger among seniors of all ages.

Homeowners, those who rate their health as excellent and who say they have little difficulty paying their current household expenses, are all more likely than their counterparts to say that they intend to remain in their present home for as long as possible. Only one in 10 said that they do not intend to remain in their present home.

The reasons for moving vary considerably among Canadian seniors. As up to three reasons could be given by each respondent, the sum of the percentage who gave each answer adds up to more than 100 per cent. About one in six, or 17 per cent, said that the cost of living is too high; 15 per cent said that their current home is getting too difficult to maintain, while 14 per cent said it is too difficult to get around in; 13 per cent of seniors who do not intend to stay in their homes said that they are ready to downsize in general; and slightly fewer, 11 per cent, simply disliked their present home. Not surprisingly, owners are more likely than renters to say that they plan to move because their current home is too difficult to maintain or because they wish to downsize.

enrichiront les travaux du comité. L'exposé que je vous présente aujourd'hui traite des choix de logements pour les aînés, c'est-à-dire les personnes de 55 ans et plus.

Ma présentation se divise en sept parties : satisfaction des aînés à l'égard de leur logement actuel; préférences des aînés en matière de logement; modèle de choix de logements pour aînés et continuum des services d'adaptation et de soutien; vieillissement chez soi et soins à domicile; logement en milieu de soutien et logement-services; planification communautaire; et activités de recherche et de diffusion de l'information sur le logement des aînés prises en charge par la SCHL.

Nos recherches montrent que les Canadiens âgés sont assez satisfaits de leurs logements actuels. Dans le cadre d'une récente enquête nationale, neuf aînés sur 10 — 92 p. 100 — affirmaient que leur logement actuel répondait en général à leurs besoins, par rapport à 6 p. 100 qui affirmaient le contraire.

Selon cette enquête, les aînés constituant un ménage dont le revenu annuel est inférieur à 20 000 \$ étaient beaucoup moins satisfaits de leur logement que leurs homologues, bien que la majorité — 83 p. 100 — de ces aînés à faible revenu aient affirmé que leur logement répondait à leurs besoins. Les propriétaires-occupants vivant dans une maison individuelle non attenante et évaluant leur santé comme étant excellente étaient plus enclins que leurs homologues à dire que leur logement actuel répondait à leurs besoins.

Cette même enquête nationale indique également que 87 p. 100 des personnes âgées de 55 ans et plus disaient prévoir demeurer dans leur logement actuel aussi longtemps que possible, même si leur état de santé changeait. Cette préférence semble prendre de l'ampleur chez les aînés de tous âges.

Les propriétaires-occupants, les personnes qui évaluent leur santé comme étant excellente et celles qui affirment avoir peu de difficultés à payer leurs frais d'occupation ont tous plus tendance à déclarer qu'ils ont l'intention de demeurer dans leur maison actuelle le plus longtemps possible que leurs homologues. Seulement un répondant sur 10 a affirmé qu'il n'avait pas l'intention de demeurer dans son logement actuel.

Les motifs de déménagement varient énormément d'un Canadien âgé à l'autre. Chaque répondant pouvait donner jusqu'à trois motifs, et la somme des pourcentages des répondants qui ont répondu à chaque question donne plus de 100 p. 100. Environ un répondant sur six, soit 17 p. 100, ont dit que le coût de la vie est trop élevé, 15 p. 100 que leur logement actuel devient trop difficile à entretenir, tandis que 14 p. 100 ont dit qu'il n'était pas facile de circuler dans leur logement actuel. Treize pour cent des aînés qui n'ont pas l'intention de demeurer dans leur logement actuel ont déclaré qu'ils étaient prêts à emménager dans une habitation plus petite, et un peu moins, soit 11 p. 100, ont dit n'aimer tout simplement pas le logement qu'ils occupent présentement. Comme on pouvait s'y attendre, les propriétaires sont plus enclins que les locataires à affirmer qu'ils prévoient déménager parce que leur logement actuel est trop difficile à entretenir ou parce qu'ils veulent avoir un logement plus petit.

Whether seniors live in a house, townhouse or apartment, rent or own their home, they have two major housing choices. They can stay where they are, or they can move elsewhere. Both renters and owners who remain in their home may need to make physical adaptations to their homes to meet their changing needs. To get an idea of the magnitude of the need, one can look at data from the Statistics Canada 2001 Participation and Activity Limitation Survey, PALS. Of the total population of those 65 years of age and older with disabilities, almost one in five either already have made home modifications or report that they need them. They may also need to access various types of support services as they get older.

Homeowners may require major home renovations, such as creating a bedroom, a bathroom or a laundry room on the ground floor of a two-storey home so that they do not have to climb stairs. They may also choose to share their home with someone who can assist with activities of daily living, such as snow removal and house maintenance, or provide companionship. They may also want to create a secondary suite, which they can rent to supplement their income. Senior homeowners can also tap into home equity to supplement their income.

The decision for seniors to move is usually driven by factors that push them from their current home or pull them to a new home. Push factors include inappropriate design or size of the home, loss of a spouse or decline in health. Pull factors include a better home; better access to recreational facilities, amenities or services; a more appealing lifestyle; increased safety and security; greater affordability; or proximity to family and friends.

The range of choices for those who choose to move elsewhere includes: moving to a secondary suite, such as an apartment or garden suite, to be close to family and friends; moving to a new home located in a community for all ages; or moving to a place where they can live near their peers, such as a lifestyle retirement community, a supportive housing development or an assisted living village.

As mentioned, our research shows that most seniors want to age in place in familiar surroundings until their health makes this impossible. This will mean growing demands for home adaptations to enable aging in place. It will also mean increased amounts for home maintenance and support services, including home care and personal care from family, friends and neighbours; and increased reliance on government and private service providers. Again, from PALS, almost three-quarters of seniors

Que les aînés vivent dans une maison isolée, une maison en rangée ou un appartement, qu'ils soient locataires ou propriétaires, deux principaux choix de logement s'offrent à eux : ils peuvent demeurer où ils sont ou ils peuvent déménager ailleurs. Il se peut que les locataires et les propriétaires qui décident de demeurer chez eux aient à adapter leur logement à leurs besoins changeants. Pour avoir une idée de l'ampleur des besoins, on peut examiner les données tirées de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) menée en 2001 par Statistique Canada. Sur l'ensemble de la population âgée de 65 ans et plus ayant une déficience, presque une personne sur cinq a déjà apporté des modifications à son logement ou a déclaré en avoir besoin. Il se peut qu'elles aussi besoin de faire appel à des services de soutien au fur et à mesure qu'elles vieillissent.

Les propriétaires-occupants peuvent devoir apporter des rénovations importantes à leur logement, telles que l'ajout d'une chambre, d'une salle de bain ou d'une buanderie au rez-de-chaussée d'une maison à deux étages, afin qu'ils n'aient pas à monter d'escaliers. Ils peuvent aussi choisir de partager leur maison avec une personne qui peut les aider dans leurs activités quotidiennes, comme l'enlèvement de la neige et l'entretien de la maison ou agir comme personne de compagnie. Il se peut également qu'ils souhaitent construire un logement accessoire qu'ils pourraient louer pour augmenter leur revenu. Les propriétaires-occupants âgés peuvent aussi se servir de leur avoir propre financier pour arrondir leurs revenus.

Quand ils décident de déménager, les aînés sont souvent motivés par des facteurs qui les poussent à quitter leur logement actuel ou qui les attirent vers une nouvelle maison. Parmi les facteurs qui les poussent à quitter, on trouve une mauvaise conception des lieux ou des dimensions qui ne conviennent plus, la perte du conjoint ou de la conjointe ou le déclin de l'état de santé. Les facteurs attrayants comprennent un logement de meilleure qualité, un meilleur accès aux installations de loisirs, aux commodités ou aux services, un mode de vie plus attrayant, une tranquillité d'esprit et une sécurité accrues, des coûts plus abordables ou la proximité de membres de la famille ou d'amis.

L'éventail des choix qui s'offrent à ceux qui déménagent comprend : l'emménagement dans un logement accessoire, comme un appartement accessoire ou un pavillon-jardin, pour se rapprocher de membres de la famille ou d'amis; l'emménagement dans un nouveau logement situé dans une collectivité regroupant des personnes de tous les âges; ou l'emménagement dans un endroit où ils peuvent vivre près de leurs pairs, comme un complexe adapté au mode de vie des personnes retraitées, un ensemble offrant des services de soutien ou un village-services.

Comme je l'ai déjà mentionné, nos recherches montrent que la plupart des aînés désirent vieillir chez eux, dans un milieu qu'ils connaissent bien, jusqu'à ce que leur santé ne le leur permette plus. Cette situation se traduira par une augmentation des demandes d'adaptation aux logements afin de leur permettre de vieillir chez eux. Elle se traduira aussi par une augmentation des demandes de services d'entretien et de soutien, notamment les soins à domicile et les soins personnels dont se chargeront des

aged 65 and older with disabilities reported receiving help from one or more of these sources. Almost one-third of those receiving help got it from voluntary, private or government agencies.

High repair and maintenance costs can place a heavy burden on low-income seniors. This can be a particular problem in areas outside urban centres, where home ownership rates for senior households are high — 82 per cent compared to 68 per cent in urban centres — and the overall housing stock is much older, with 34 per cent built before 1961, than it is in urban centres, with 29 per cent built before 1961.

Aging in place on an inadequate income, whether in a rural or urban area, can result in overall deterioration of housing and neighbourhoods through neglect of repairs and maintenance.

One promising option is supportive housing, which is a type of housing that helps people in their daily living through the provision of a physical environment that is safe, secure, enabling and homelike; and through the provision of support services such as meals, housekeeping, and social and recreational activities.

It is also the type of housing that allows people to maximize their independence, privacy, decision making and involvement, dignity, and choices and preferences. There can be various forms of supportive housing, depending on the levels and types of service that are provided. The most service-enriched forms of supportive housing, such as assisted living, could be an alternative to institutional care. Supportive housing can be most beneficial to those seniors who need help to carry out the activities of daily living, those who are frail or have disabilities and those who are living alone. It can also benefit seniors who prefer to live with their peers in an environment where they can enjoy companionship and the freedom to pursue different interests and lifestyles.

Supportive housing can be made available in a variety of building types and sizes. These range from small bungalows or cottages to homes shared by a group of eight to 10 people to larger buildings that contain many dwelling units. Supportive housing can also be made available in various forms of tenure, such as rental, condominium and life leases. A range of supportive housing choices is available today in Canada. Several provinces have developed their own definitions of supportive housing to meet specific circumstances, requirements and policy objectives.

With the aging of the Canadian population, our communities — cities, towns and villages — will need to be more senior-friendly. This means that they will have to be more

membres de la famille, des amis et des voisins, et les fournisseurs de services gouvernementaux et privés n'en seront que davantage sollicités. Encore une fois, selon l'EPLA de 2001, presque les trois quarts des personnes âgées de 65 ans et plus ayant une incapacité ont déclaré recevoir de l'aide d'une ou de plusieurs de ces sources. Environ le tiers de ceux qui reçoivent de l'aide l'ont obtenue d'organismes bénévoles, privés ou gouvernementaux.

Les coûts élevés des réparations et de l'entretien peuvent constituer un fardeau pour les aînés à faible revenu. Ce problème prend particulièrement de l'ampleur à l'extérieur des centres urbains où les ménages âgés sont majoritairement propriétaires — 82 p. 100 par rapport à 68 p. 100 dans les centres urbains —, et où l'ensemble du parc de logements est beaucoup plus vieux, avec 34 p. 100 des habitations construites avant 1961, que celui des centres urbains, dont 29 p. 100 des habitations ont été construites avant 1961.

Vieillir chez soi avec un revenu insuffisant, que ce soit en région rurale ou en région urbaine, peut entraîner une détérioration des habitations et des quartiers du fait que les réparations et l'entretien soient négligés.

Le logement en milieu de soutien se veut une solution prometteuse. Ce type de logement offre aux gens de l'aide dans leurs activités de tous les jours grâce à un cadre de vie sécuritaire, sûr, dynamique et familial, et à la prestation de services de soutien, tels que repas, entretien ménager et activités sociales et récréatives.

Ce type de logement permet aussi aux personnes de maximiser leur autonomie, leur intimité, la prise de décisions et la participation, la dignité ainsi que les choix et les préférences. Il existe diverses formes de logement de soutien selon l'ampleur et le type des services fournis. Les formes de logement en milieu de soutien les plus bonifiées au chapitre des services, tels les logements-services, peuvent constituer une solution de rechange aux soins en établissement. Le logement en milieu de soutien peut s'avérer des plus avantageux pour les personnes âgées qui ont besoin d'aide pour vaquer à leurs activités quotidiennes, qui sont de santé fragile ou qui ont une incapacité, et pour celles qui vivent seules. Il peut aussi être profitable aux aînés qui préfèrent vivre avec leurs pairs dans un environnement où ils peuvent avoir de la compagnie et jouir de la liberté de se consacrer à des intérêts et des modes de vie différents.

Le logement en milieu de soutien peut être offert dans des bâtiments de types et de dimensions variés : petites maisons de plain-pied ou bungalows, maisons partagées par un groupe de huit à 10 personnes, immeubles comportant de nombreux logements, et cetera. Le mode d'occupation des logements en milieu de soutien peut également prendre diverses formes, telles que la location, la copropriété et le bail viager. Un éventail de choix de logement en milieu de soutien est aujourd'hui offert au Canada. Plusieurs provinces ont élaboré leurs propres définitions du logement en milieu de soutien afin de répondre à des circonstances, exigences et objectifs stratégiques précis.

Avec le vieillissement de la population canadienne, nos collectivités — villes, bourgs et villages — devront être plus conviviales pour les aînés. Elles devront donc être mieux adaptées

responsive to senior's needs in terms of enabling them to go to the places they need and want to go to and to participate in recreational, social and community activities, and access the types of support services they need.

The overall aim will be to create communities that are accessible, welcoming, enriching and supportive of seniors' overwhelming desire to remain independent for as long as possible. To this end, CMHC is examining the potential of "smart growth" strategies that can make communities across Canada more compact, with a good mix of land uses and well-connected streets, sidewalks and pathways that allow easy access to support services and amenities. CMHC is also examining ways of creating liveable communities in which there is a choice of housing and transportation, a range of civic amenities and well-kept public places for recreation and community events; and sustainable communities that meet the needs of current and future generations, while minimizing the impact on the environment.

One example is the CMHC fused grid model, which combines the best features of conventional and traditional street patterns. This is achieved through a large-scale grid of collector streets carrying moderate- to high-speed car traffic, within which are blocks of about 16 hectares — more or less 40 acres — with streets laid out in the form of crescents and cul-de-sacs, thus eliminating through traffic. A continuous open-space pedestrian path system provides direct access to parks, public transit and retail and community facilities. The fused grid also reduces the amount of land taken up by roads, thus allowing for more green space, increasing car and pedestrian safety and minimizing environmental impact. The fused grid concept could better accommodate the aging of future generations.

CMHC is actively involved in research and information transfer activities that address housing challenges for seniors as well as possible solutions. CMHC research activities have resulted in the creation of a number of useful information products. I have brought copies of the CMHC catalogue of research and publications for seniors, which I will leave for members of the committee. I would be happy to provide copies of publications that can be useful to the committee's deliberations. At CMHC, we are aware that the aging of the Canadian population will be one of the most important challenges facing Canada in the next 25 years. I am sure that the Senate committee's work on this issue will be of great benefit.

The Chair: We will turn to Ms. Sholzberg-Gray from the Canadian Healthcare Association.

aux besoins des aînés, c'est-à-dire leur permettre de se rendre où ils doivent aller et veulent aller, de participer à des activités récréatives, sociales et communautaires et d'accéder aux services de soutien dont ils ont besoin.

Le but ultime sera de créer des collectivités qui sont accessibles, accueillantes, enrichissantes et favorables au désir généralisé qu'ont les personnes âgées de demeurer autonomes le plus longtemps possible. À cette fin, la SCHL examine les possibilités qu'offrent les stratégies de « croissance intelligente » qui peuvent rendre les collectivités du Canada plus compactes, dans une optique d'utilisation diversifiée du territoire, comportant des rues, des trottoirs et des sentiers bien reliés qui permettent d'accéder facilement aux services de soutien et aux commodités. La SCHL cherche aussi des façons de créer des collectivités viables dans lesquelles on trouvera un choix de logements et de moyens de transport, un éventail de commodités et des lieux publics bien entretenus pour les loisirs et les événements communautaires, ainsi que des communautés durables qui répondent aux besoins des générations actuelles et futures tout en réduisant les incidences sur l'environnement.

À titre d'exemple, on peut citer le modèle d'îlotage de la SCHL, qui regroupe les meilleures caractéristiques des schémas de rues traditionnels et habituels. Pour y parvenir, on doit aménager un grand réseau de rues collectrices prévues pour une circulation automobile à vitesse moyenne à élevée, qui encadre des îlots d'environ 16 hectares — plus ou moins 40 acres — avec des rues disposées en forme de croissants et de cul-de-sac, pour éliminer le trafic de transit. Un réseau continu de sentiers piétonniers dans des espaces verts offre un accès direct aux parcs, aux commerces et aux installations communautaires. L'îlotage réduit aussi la superficie du territoire réservée pour les routes, ce qui permet d'aménager davantage d'espaces verts, d'accroître la sécurité pour les automobilistes et les piétons, et de réduire au minimum les incidences sur l'environnement. Le concept de l'îlotage peut s'adapter plus facilement au vieillissement des générations futures.

La SCHL exerce des activités de recherche et de diffusion de l'information qui s'attaquent aux défis que présentent les logements pour les aînés et proposent des solutions. Les activités de recherche de la SCHL se sont soldées par la création d'un certain nombre de produits d'information intéressants. J'ai apporté des exemplaires du catalogue des recherches et des publications de la SCHL qui concernent les personnes âgées, que je laisserai aux membres du comité. Je me ferai un plaisir de vous fournir des exemplaires des publications qui pourront être utiles dans le cadre de vos délibérations. À la SCHL, nous sommes conscients que le vieillissement de la population canadienne constituera l'un des plus importants défis que devra relever le Canada au cours des 25 prochaines années. Je suis convaincu que les efforts que consacrera le comité sénatorial à ce sujet seront très profitables.

La présidente : Nous allons maintenant entendre Mme Sholzberg-Gray, de l'Association canadienne des soins de santé.

Sharon Sholzberg-Gray, President and Chief Executive Officer, Canadian Healthcare Association: The Canadian Healthcare Association, CHA, wishes to thank the Special Senate Committee on Aging for this opportunity to contribute to its deliberations. We are a federation of provincial and territorial hospital and health organizations that represent a broad spectrum of health services, including acute care, home and community care, long-term care, public health, mental health, palliative care, addiction services, as well as children, youth and family services.

We are a leader in developing and advocating for health policy solutions that meet the needs of Canadians. Our national association is committed to a publicly funded health system that provides access to a continuum of comparable health services throughout Canada. CHA believes that all health-service components must be adequately funded, effectively organized and appropriately interconnected in order to function optimally, thus providing the appropriate care in the appropriate setting at the appropriate time.

As stated by earlier witnesses, we all know that today's seniors will be healthier than previous generations, will live longer, are predicted to experience a compressed period of morbidity at the end of life and will have definite ideas about what type of health services they want.

There has been considerable discussion concerning the sustainability of the health system, particularly in view of the changing population demographic. Most public discussion on sustainability has revolved around access to acute services without sufficiently exploring the need for continuing care services and the interrelatedness between all parts of the continuum of care.

I would endorse everything Mr. Hollander said on those issues.

The committee has asked us to address the issue of housing, supportive housing, assisted living and home care. However, we would like to look at the essential value of continuing care services as a group. This includes, on the housing side, supportive housing, assisted living and facility-based long-term care. On the home care side, it includes the broad range of community support services and home care that are needed. These are the book ends of the health system and often insufficiently recognized.

We have to say repeatedly that there is a link between all of these services and the effective use of acute care beds. The occupancy of acute care beds by patients who could be living in supportive-assisted living arrangements or in their own homes with adequate home and community services, or whose optimal placement is in a long-term care facility adds to the wait times

Sharon Sholzberg-Gray, présidente et chef de la direction, Association canadienne des soins de santé : L'Association canadienne des soins de santé (ACSS) remercie le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement de l'occasion qui lui est ici donnée de contribuer à ses délibérations. Nous sommes une fédération d'hôpitaux et d'organismes de santé provinciaux et territoriaux qui représente un vaste éventail de services de santé comprenant les soins de courte durée, les soins à domicile et en milieu communautaire, les soins de longue durée, la santé publique, la santé mentale, les soins palliatifs, les services de toxicomanie, de même que les services offerts aux enfants, aux jeunes et aux familles.

Nous sommes un chef de file en matière d'élaboration et de promotion de solutions politiques en santé qui répondent aux besoins des Canadiens. Notre association nationale se veut la championne d'un système de santé publique qui donne accès à un continuum de services de santé comparables, à la grandeur du Canada. L'ACSS croit que toutes les composantes des services de santé doivent être subventionnées adéquatement, organisées efficacement et interreliées comme il se doit pour fonctionner de manière optimale, assurant ainsi la prestation des soins appropriés dans l'environnement qui convient et en temps opportun.

Comme l'ont souligné des témoins précédents, nous savons tous que les aînés d'aujourd'hui vieilliront plus en santé que ceux des générations précédentes, vivront plus longtemps, devraient connaître une période de morbidité en fin de vie plus courte et auront des idées définies sur le type de services de santé qu'ils souhaitent obtenir.

On a beaucoup parlé de la viabilité du système de santé, surtout dans le contexte de l'évolution démographique de la population. La plupart des discussions publiques sur le sujet ont porté sur l'accès aux soins de courte durée sans explorer suffisamment le besoin en services de soins continus et la corrélation entre toutes les parties du continuum de soins.

J'appuierai à ce chapitre tout ce qu'a dit M. Hollander en la matière.

Le comité nous a demandé de nous pencher sur divers aspects de la question du logement, dont le logement en milieu de soutien, le logement-services et les soins à domicile. Nous aimerions toutefois examiner la valeur essentielle des services de soins continus en tant que groupe. Cela englobe, du côté du logement, le logement en milieu de soutien, le logement avec assistance et les soins à long terme en établissement. Du côté des soins à domicile, il existe une vaste gamme de services de soutien communautaires et de soins à domicile qui sont requis. Ce sont là les supports du système de soins de santé dont on ne reconnaît souvent pas suffisamment la valeur.

Il nous faut dire à répétition qu'il y a un lien entre tous ces services et l'utilisation efficace des lits de courte durée. Le problème des temps d'attente est aggravé du fait que certains lits de soins de courte durée sont occupés par des patients qui pourraient vivre dans des logements en milieu de soutien/logements-services ou dans leur propre maison s'ils

problem. The focus on wait times in the First Ministers' Health Accord 2004 was appropriate, but wait times cannot be addressed in isolation from continuing care issues.

CHA has developed a pan-Canadian document on facility-based long-term care. We did this because we thought it was a poor cousin of the health system. It includes a comprehensive examination of its role within the continuing care sector. It contains recommendations within the context of continuing care services needed by people — including home care, community support services, informal caregiving, assisted living and supportive housing. Although the document is being renewed, we will leave you with its recommendations because they stand the test of time.

We note the comprehensive presentation given from CMHC. However, in reference to housing, we would note the importance of adapting existing housing for seniors either through rehabilitation, adaptation or emergency repairs. These programs are important, but many seniors are not aware of their existence. If they did, would there be enough resources for all of them to access those programs? This is a key issue for the federal government.

With respect to supportive housing, we heard about various models of supportive housing and the types of services that exist throughout Canada. They all have different names, which is one of the conundrums of our health system. This makes the collection of data and research more complex than it needs to be. Supportive housing is one of the solutions, and CMHC will have to be part of it.

Assisted living is generally grouped with supportive housing. I would like to express a few caveats about the assisted living group of services. The reason I raise this is because I am concerned about quality and the types of things being marketed today to an unsuspecting public.

It is important to note that assisted living facilities usually provide assistance with the activities of daily living, ADLs, such as dressing, bathing and grooming. The amount of assistance often varies among facilities, and there are basic charges plus add-ons for additional assistive services.

Originally, these were quite appealing to the elderly since they offered security, congregate meals, planned activities and opportunities for interaction. This was a good thing. This is a population group that is less frail than those usually found in a typical long-term care facility.

recevaient des services à domicile et des services communautaires adéquats, et par des patients qui devraient plutôt être placés dans des établissements de soins de longue durée. L'importance accordée aux temps d'attente dans l'Accord sur la santé de 2004 des premiers ministres était tout indiquée, mais le problème des temps d'attente ne peut être résolu isolément des problèmes liés à la prestation des soins continus.

L'ACSS a élaboré un document pancanadien sur les soins de longue durée en établissement. Nous avons entrepris ce travail car nous estimions que ces soins étaient le parent pauvre du système de soins de santé. Nous y faisons un examen exhaustif du rôle des soins de longue durée en établissement à l'intérieur du secteur des soins continus. Nous y livrons également des recommandations dans le contexte des services de soins continus dont les gens ont besoin — soins à domicile, services de soutien communautaires, soins informels, logement en milieu de soutien et logement avec services. Bien que le document soit en train d'être mis à jour, nous vous en livrons les recommandations, car ceux-ci résisteront à l'épreuve du temps.

Nous avons pris bonne note de l'exposé exhaustif de la SCHL. Cependant, en ce qui concerne le logement, nous soulignerions l'importance de l'adaptation des logements existants pour les aînés, par le biais de travaux de remise en état, d'adaptation ou de réparation d'urgence. Ces programmes sont importants, mais la plupart des aînés en ignorent l'existence. S'ils étaient au courant de ces programmes, y aurait-il suffisamment de ressources pour qu'ils puissent tous y accéder? C'est là une question clé pour le gouvernement fédéral.

Pour ce qui est des logements en milieu de soutien, nous avons entendu parler de différents modèles de logements supervisés et des types de services qui existent à l'échelle du pays. Tous ces programmes ont des noms différents, d'où l'une des difficultés de notre système de soins de santé. Il en résulte que la collecte de données et la recherche sont plus compliquées qu'elles ne devraient l'être. Le logement en milieu de soutien est l'une des solutions, et il faudra que la SCHL y joue son rôle.

Le logement-services est en général inscrit sous la rubrique du logement en milieu de soutien. J'aimerais émettre ici quelques mises en garde relativement à cette catégorie de services d'aide à la vie autonome. La raison en est que je suis préoccupée quant à la qualité et aux genres de choses dont on fait à l'heure actuelle la promotion auprès d'un public non méfiant.

Il est important de souligner que les logements-services offrent généralement de l'assistance pour les activités de la vie quotidienne, ou AVQ, comme l'habillement, le bain et la toilette. L'importance de l'aide varie selon les établissements, et, généralement, on facture des frais de base auxquels peuvent venir s'ajouter des services additionnels moyennant le paiement de frais supplémentaires.

À l'origine, ces établissements attiraient les aînés car ils offraient sécurité, repas en commun, activités planifiées et diverses occasions d'interagir avec d'autres. C'était une bonne chose. Il s'agit d'un groupe de personnes qui sont moins frêles que les résidents typiques des établissements de soins de longue durée.

The major drawbacks to most assisted living facilities is the hefty price tag — as they are usually marketed as luxury accommodations — the shortage of skilled care and the lack of clarity as to what constitutes assisted living. They are being aggressively marketed with promises of luxurious settings, dedicated staff and being able to meet all of the residents' needs for safety and care. Some operators of these facilities have been looking for a frailer group of elderly residents to market their services, in some cases palliative care clients. The costs associated with these facilities are very high. Therefore, only people who are wealthy can benefit from them.

We have to be vigilant to ensure that assisted living facilities do not become entrenched as unregulated long-term care facilities with à la carte care. They are not a substitute for facility-based long-term care and should not detract from our need to establish a healthy facility-based long-term care sector whether it is called residential care, continuing care or long-term care centres. All of these centres should be based on appropriate principles of accessibility, affordability, quality and comparability across Canada.

I am afraid that this sector of services may be offering to provide more than they can actually deliver and to deliver services to a frailer group of people than should be in them. This is something we ought to note with a forewarning and caveats.

We know in some cases long-term care facilities are providing end-of-life care as well. The Canadian Hospice Palliative Care Association told this committee that a long-term care facility is not a hospice and should not be confused with one.

There is a patchwork quilt of long-term care across this country with a variety of different charges applied for services and supplies depending on the province.

It is not until the later years of life that most Canadians discover these types of health services, which they believe are available to them because we have a medicare system, are not provided in an all-encompassing publicly funded system. The definition of medicare in our country is, and continues to be, physician and hospital services. I am not saying this is a bad thing, but only noting that fact and the fact that the public often is not aware of it.

When did we have a debate in this country and decide that heart disease and cancer were illnesses for which there should be insured services but dementia or Parkinson's disease are to be treated differently? We have not had an open debate on that. The person diagnosed with advanced dementia is likely to be admitted to a long-term care facility eventually, where the care may be partially publicly funded, and there may be a room and board payment. However, that is not the case if the person is in an assisted living facility with 100 per cent user pay and where

Les inconvénients majeurs de la plupart des logements-services sont le prix très élevé — on les vante habituellement comme étant des logements luxueux —, la pénurie de professionnels de la santé et le manque de clarté sur la définition des services d'aide à la vie autonome. Ces logements font l'objet d'un marketing agressif avec des promesses de logements luxueux, de personnel dévoué et de satisfaction de tous les besoins des résidents en matière de sécurité et de soins. Certains exploitants de logements-services cherchent à courtiser des résidents âgés à la santé fragile, et, dans certains cas, des patients en soins palliatifs. Les coûts de ce type d'hébergement sont très élevés. Ainsi, seules les personnes fortunées peuvent en bénéficier.

Il nous faut être vigilants pour veiller à ce que les logements-services ne deviennent pas des établissements de soins de longue durée non réglementés offrant des services à la carte. Ils ne sont pas un substitut aux établissements de soins de longue durée et ne devraient pas minimiser l'importance de créer un secteur de soins de longue durée en établissement performant, que l'on appelle cela des soins en établissement, des soins continus ou des centres de soins à long terme. Tous ces centres devraient être fondés sur les principes d'accessibilité, d'abordabilité, de qualité et de comparabilité des soins à la grandeur du Canada.

Ma crainte est que ce secteur de services se propose peut-être d'offrir plus qu'il ne peut en réalité livrer et vise un groupe de personnes plus frêles, qui ne devraient pas s'y trouver. Il s'agit là d'un constat qui devrait servir d'avertissement et de mise en garde.

Nous savons que dans certains cas des établissements de longue durée offrent également des soins de fin de vie. L'Association canadienne des soins palliatifs a dit au comité qu'un établissement de soins de longue durée n'est pas un hospice et qu'il importe de ne pas confondre les deux choses.

Il existe dans ce pays tout un ensemble disparate de services de longue durée et une diversité de frais exigés pour des services et des fournitures, selon la province.

Ce n'est qu'à un âge avancé que la plupart des Canadiens découvrent que ces types de services de santé, auxquels ils croyaient avoir accès du fait de notre régime d'assurance-maladie, ne sont pas offerts globalement dans le système public. Selon la définition de l'assurance-maladie dans notre pays, cela continue de se résumer aux services médicaux et hospitaliers. Je ne dis pas que c'est là une mauvaise chose, mais je tiens à souligner ce fait, qu'ignore souvent le public.

Quand avons-nous tenu un débat dans ce pays et décidé que la maladie cardiaque et le cancer étaient des maladies pour lesquelles il y aurait des services assurés, mais que la démence ou les maladies débilantes comme la maladie de Parkinson seraient traitées différemment? Nous n'avons pas eu de débat ouvert là-dessus. La personne déclarée atteinte de démence avancée finira probablement par être admise dans un établissement de soins de longue durée, mais les soins n'y seront peut-être que partiellement couverts par le régime public et le patient devra peut-être couvrir

the resident pays additional out-of-pocket fees, user charges or co-payments.

I will move on to home care as home care is part of the solution. We heard from Mr. Hollander about how important home care and community support services are in reducing the demand on other parts of the health continuum and reducing costs generally within the health system.

Home care services encompass an array of health services delivered to clients in their place of residence including assessment and case management, professional health services, personal care, homemaking and other services. Home care provides many benefits — individuals often function better, remain more independent, experience a sense of normalcy and enjoy social integration within a home environment.

The amount of home care provided as long-term care substitution and as maintenance or prevention programs has major implications for the facility-based long-term care sector. Adequate home care services can significantly reduce the requirement for space in long-term care facilities. Researchers have shown that these particular aspects of home care are in jeopardy because acute care substitution services have increased and have absorbed larger portions of home care budgets. Because home care dollars are being reallocated to post acute care, the frail, elderly and chronically disabled may not receive the sustained, ongoing home care they need, or they may have to wait too long to be allocated the services they need due to this shift in the use of home care. The deterioration in a patient's health status, which can occur without adequate home care services, may result in admissions to hospitals or earlier admissions to long-term care facilities which could have been prevented or delayed with sufficient home care support.

In many provinces, community support services are included as part of the home care program while in others as a separate array of health and social services and programs within communities. They can be provided in a variety of settings by a combination of public, not-for-profit and proprietary organizations. Support services can include respite programs, adult daycare, homemaker support programs, personal care services, Meals on Wheels, Wheels-to-Meals and others — a tremendous array of services. All these programs — community programs and home care programs — together may prevent or delay admission to a long-term care facility, focus on aging in place and reduce

des frais de Chambre et de pension. Or, ce ne sera pas le cas si la personne est admise dans un établissement de logement-services où 100 p. 100 des frais sont facturés à l'utilisateur et où le résident paie également des montants additionnels relatifs aux menues dépenses, au ticket modérateur ou à la quote-part.

Je vais maintenant traiter des soins à domicile, car ceux-ci font partie du problème. M. Hollander nous a parlé de l'importance des soins à domicile et des services de soutien communautaires en vue de la réduction de la demande dans les autres volets du continuum de soins de santé et de la réduction des coûts d'ensemble du système de soins de santé.

Les services de soins à domicile englobent une vaste gamme de services de santé qui sont livrés aux clients dans leur lieu de résidence, dont l'évaluation et la gestion de cas, des services de santé professionnels, des soins personnels, l'aide aux tâches ménagères et d'autres services encore. Les soins à domicile offrent de nombreux avantages — les personnes fonctionnent souvent mieux, demeurent plus indépendantes, se sentent normales et apprécient l'intégration sociale que leur procure leur milieu de vie.

L'étendue des soins à domicile offerts en remplacement de soins de longue durée et à titre de maintien/prévention a des incidences majeures sur le secteur des soins de santé de longue durée en établissement. En effet, la prestation adéquate de services de santé à domicile peut réduire considérablement le besoin d'espace en établissement de soins de longue durée. Des chercheurs ont montré que ces aspects particuliers des soins à domicile sont actuellement menacés car les services de substitution des soins de courte durée ont augmenté et ont absorbé la plus grande part des budgets des soins à domicile. Comme les dollars des soins à domicile sont réaffectés aux soins en phase post-aiguë, les personnes âgées fragiles et les personnes atteintes de maladie chronique ne reçoivent pas toujours les soins à domicile soutenus et continus dont elles ont besoin ou attendent parfois trop longtemps avant de recevoir de tels soins du fait de cette évolution des usages faits des soins à domicile. Or, en l'absence de services de santé à domicile adéquats, l'état de santé de la personne risque de se détériorer, ce qui peut provoquer des hospitalisations ou des admissions hâtives en établissement de soins de longue durée, admissions qui auraient pu être prévenues ou retardées avec un soutien à domicile suffisant.

Dans de nombreuses provinces, les services de soutien communautaires sont inclus comme faisant partie du programme de soins à domicile, tandis que dans d'autres, il s'agit d'une gamme distincte de services et de programmes sociaux et de santé disponibles au sein des collectivités. Ils peuvent être offerts dans toute une gamme de cadres par une combinaison d'organisations publiques, sans but lucratif et privées. Il peut s'agir de programmes de services de répit, de programmes de jour pour adultes, de programmes d'aide aux tâches ménagères, de services de soins personnels, de services de popote roulante, de services de transport à des services de repas et autres — il existe un

demand on the acute care system. However we design a system, we have to have this broad array of programs.

I would like to address an important issue for policy-makers, the issue of co-payments. We never talk about this part of the health system, and we have to talk about it. CHA and its members are strong defenders of Canada's publicly-funded health system. CHA's position concerning the appropriate public-private mix in the funding and delivery of health care is linked to the principle of access to health services based on health need, not ability to pay. This is a core Canadian value, and it cannot be jeopardized. CHA is also on record as supporting an evidence-based approach as to when, where and how private financing and delivery can occur.

CHA has always urged that the Canada Health Act medically necessary services must continue to be publicly funded, along with acute care replacement home care services. This is the single tier we always talk about. It is efficient and effective. It is our single-payer system. However, we have also recognized that there is room for co-payments for some services — home support services for some clients, reasonable accommodation payments for facility-based long-term care and co-payments for pharmaceuticals, i.e., a catastrophic pharmacare program — provided this does not reduce access.

There needs to be a social analysis and a fair process for establishing co-payment levels. This opinion was recently expressed by the Honourable Monique Bégin in a presentation at S.O.S. Medicare 2 conference in Regina. We must look at this carefully.

We all know about the public expectations of the baby-boomer generation. They will demand services that meet their needs, and that is the array of services I have been talking about in this presentation. As long-contributing taxpayers, they might not appreciate having to pay again for these services. However, they might be looking to these co-payment models provided that needs can be met, there is quality and access and that no one will be deprived of access to the services they need.

Policy-makers and planners must prepare now for flexible and appropriate continuing care services for future generations of seniors. While people age in a healthier way and health spending will not increase as rapidly as the increase in the number of seniors — because, remember, the aging population is not

énorme éventail de services. Tous ces programmes — programmes communautaires et programmes de soins à domicile — peuvent, ensemble, prévenir ou retarder le renvoi dans un établissement de longue durée, valoriser le vieillissement chez soi et réduire la demande de soins actifs. Quel que soit le système élaboré, il nous faut y inclure ce vaste éventail de programmes.

J'aimerais maintenant aborder une question qui est importante pour les décideurs, celle du ticket modérateur. Nous ne parlons jamais de cet élément du système de soins de santé, mais il nous le faut. L'ACSS et ses membres sont d'ardents défenseurs du système de santé publique du Canada. La position de l'ACSS concernant la combinaison publique/privée adéquate dans le financement et la prestation de soins de santé est liée au principe de l'accès aux services de santé fondé sur les besoins en santé et non sur la capacité de payer. C'est une valeur canadienne fondamentale qui ne peut pas être mise en péril. L'ACSS a toujours soutenu une approche fondée sur des preuves en ce qui concerne le moment, le lieu et la façon de financer ou d'offrir des soins privés.

L'ACSS a aussi toujours insisté pour que les services médicalement nécessaires en vertu de la Loi canadienne sur la santé continuent d'être financés par les fonds publics, de même que les services de soins à domicile en remplacement de soins de courte durée. Il s'agit là du palier unique dont nous parlons toujours. Il est efficient et efficace. C'est notre régime de payeur unique. Il nous faut cependant reconnaître qu'il y a place pour le paiement d'un ticket modérateur pour certains services — le service d'aide à domicile pour certains clients, le paiement d'un loyer raisonnable dans les établissements de longue durée et une partie des coûts des médicaments, et je songe ici au programme d'assurance-médicaments onéreux —, à condition que cela ne nuise pas à l'accès.

Il importe qu'il y ait une analyse sociale et un processus équitable en vue de l'établissement des niveaux de ticket modérateur. C'est le point de vue qu'exprimait l'honorable Monique Bégin lors d'une allocution récente à la conférence S.O.S. Medicare 2, à Regina. Il nous faut examiner cela attentivement.

Nous sommes tous au courant des attentes de la génération du baby-boom. Ces personnes vont exiger des services qui répondent à leurs besoins, et il s'agit là de la gamme de services dont je vous entretiens depuis le début de mon exposé. En tant que contribuables de longue date, ces personnes n'apprécieront peut-être pas le fait de devoir payer ces services une nouvelle fois. Cependant, elles appuieront peut-être ces modèles de ticket modérateur à condition que leurs besoins puissent être satisfaits, ou qu'on leur assure qualité et accès et que personne ne se voie privé de l'accès aux services dont il a besoin.

Les décideurs et les planificateurs de politiques doivent dès aujourd'hui prévoir des services de soins continus flexibles et appropriés pour les futures générations d'ainés. Certes, même si les gens vieilliront plus en santé et les dépenses en santé ne devraient pas augmenter aussi rapidement que le nombre des

bringing our costs out of control — an increase in the proportion of seniors in Canada means that we need to plan.

Preferred options will include respite, day and night programs, community programs, supportive living and facility-based care and an appropriate array of home care services. This is also the generation that does not want to wait for acute care services. Do not forget about those. Anything to reduce the need for those services will be worth investing in.

We also need to remember that gradually the pressure exerted by baby boomers will reverse, and health planners must consider eventual attrition and not overbuild or create static systems.

There are challenges. First, we need flexible options to meet needs. Today's families and income earners are mobile. Family ties are often maintained over long distances. The traditional family structure has changed. The amount of support that adult children can reasonably provide to elderly kin is often dependent on the proximity to their parents and their availability due to work obligations. We need to ensure flexible options and appropriate services for seniors and their families.

Second, we need to recognize the variation in terminology and services provided across the country. We need to focus on research and appropriate data collection and understand the services that exist. This is an area in which a lot of misunderstanding occurs.

Third, we need to look at the co-payment picture in the continuing care side and do something to resolve it. We cannot have people losing their homes in some parts of the country in order to pay for long-term care services or home care programs. There has to be a reasonable level and the appropriate social analysis and tests.

Fourth, drug costs are part of this patchwork and need to be resolved as well. In some provinces drugs are in with a home care program and in other provinces they are not; the same applies to incontinence supplies.

Fifth, we have to find reciprocity in the provision of services or portability of services. Portability is a Canada Health Act service. It has nothing to do with the long-term care side. If people want to move to be close to their families, they cannot, because as a senior, one cannot wait a year to access the services.

ainés — car, ne l'oubliez pas, la population vieillissante n'est pas en train de faire s'emballer nos coûts —, l'augmentation de la proportion des aînés au Canada signifie qu'il nous faut planifier.

Compteront parmi les options préférées les programmes de répit, de jour et de nuit, les programmes communautaires, les logements en milieu de soutien, les logements-services et une gamme appropriée de services de soins à domicile. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'une génération qui ne souhaite pas attendre pour obtenir des services de soins de courte durée. Il ne faut pas oublier ce volet-là. Tout ce qui pourra réduire le besoin de tels services mérite qu'on y investisse.

Il ne nous faut pas non plus oublier que la pression exercée par les gens du baby-boom se renversera graduellement, et les planificateurs en matière de santé doivent garder en tête l'attrition qui viendra un jour et ne pas créer des systèmes statiques ou surdimensionnés.

Il se pose des défis. Premièrement, il nous faut des options flexibles pour répondre aux besoins. Les familles et les travailleurs d'aujourd'hui ont tendance à être plus mobiles. Les liens familiaux sont souvent maintenus malgré l'éloignement. La structure familiale traditionnelle a changé. Le soutien que les enfants adultes peuvent raisonnablement apporter à leurs parents âgés dépend souvent de la proximité de leurs parents et de leur disponibilité du fait d'obligations professionnelles. Il nous faut donc nous assurer d'offrir des options flexibles et des services appropriés pour les aînés et leurs familles.

Deuxièmement, il nous faut reconnaître que la terminologie et les services offerts dans le pays varient beaucoup d'une région à l'autre. Il nous faut nous concentrer sur la recherche et la cueillette des données appropriées et comprendre les services qui existent. C'est un aspect qui fait l'objet de beaucoup de malentendus.

Troisièmement, il nous faut nous pencher sur l'aspect quote-part et ticket modérateur en matière de soins continus et faire quelque chose pour régler le problème. Nous ne pouvons pas tolérer que dans certaines parties du pays les gens perdent leur maison pour pouvoir payer des services de soins de longue durée ou des programmes de soins à domicile. Il importe de fixer un niveau raisonnable et de recourir à des analyses et à des critères sociaux appropriés.

Quatrièmement, les coûts des médicaments font partie de cet ensemble disparate, et il importe là encore de régler ce problème. Dans certaines provinces, les médicaments sont couverts dans les programmes de soins à domicile, alors que dans d'autres ils ne le sont pas; il en est de même avec les fournitures pour incontinence.

Cinquièmement, il nous faut assurer la réciprocité dans la prestation des services ou la portabilité des services. La portabilité est un principe de la Loi canadienne sur la santé. Cela n'a rien du tout à voir avec le volet soins de longue durée. Si une personne souhaite déménager pour se rapprocher de sa famille, la chose n'est pas possible, car la personne âgée ne peut pas attendre un an pour accéder aux services dont elle a besoin.

In closing, there are a number of areas that the federal government can focus on: appropriate co-payment analysis of the continuing care sector; maybe trying to straighten out the patchwork quilt so there will not be these tremendous variations across the country, without, of course, micromanaging of the systems that provinces deliver; and perhaps an acknowledgement that acute care is not everything, that we cannot address the problems of our acute care system without addressing continuing care as a group of services.

The Chair: Thank you very much.

Now we will hear from The Royal Canadian Legion. I understand, Mr. Allard and Mr. MacDonald, that you are sharing this presentation. You may decide how you will deliver it.

Pierre Allard, Director, Service Bureau, The Royal Canadian Legion: Senator Carstairs, honourable senators, on behalf of our national president, Jack Frost, I would like to commend the work that your committee does on behalf of seniors. A number of advocates and academic studies have identified a need for supportive housing for seniors. For example, Mr. Rodriguez has suggested that the need for supportive housing should increase throughout the 21st century, and the statistics that he quoted support this.

What is supportive housing? In succinct terms, we can state that it is the type of housing that allows people to maximize their independence, privacy, decision making, dignity and personal choices. It may be a surprise to many that The Royal Canadian Legion is involved in supportive housing. Actually, with approximately 150 facilities, over 7,500 units, the legion is one of the most successful providers of safe, affordable housing for veterans and seniors across Canada. Let me read from the quotation that is in your transcript:

The Royal Canadian Legion's intense focus on local housing needs may make the accumulated national impact of its efforts less visible than the high-profile activity of for-profit developers.

For more than 50 years, legion branches across the country have been the driving force in planning, building and operating veterans and seniors' housing in those communities where it is needed the most. This came about as a natural extension of our community work.

More recently, in 1995, we compiled a national housing directory. Four years later, we entered into an agreement with Veterans Affairs Canada, VAC, to partner in serving the needs of veterans and seniors. For the legion, veterans are our priority, but we have found that if we can extend benefits to veterans, it will also benefit seniors. A good example of this is pension income splitting for seniors, an excellent initiative.

En conclusion, il y a plusieurs volets sur lesquels pourrait se concentrer le gouvernement fédéral : une analyse appropriée de la participation financière aux frais dans le secteur des soins continus; la réorganisation du patchwork de services afin qu'il y ait moins de disparités régionales sans, bien sûr, microgérer les systèmes assurés par les provinces; et, peut-être, la reconnaissance du fait que les soins actifs ne sont pas la panacée, que l'on ne peut pas régler les problèmes du système de soins de courte durée sans envisager les soins continus comme constituant un groupe de services.

La présidente : Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à La Légion royale canadienne. Si je comprends bien, monsieur Allard et monsieur MacDonald, vous allez vous partager l'exposé. C'est à vous de décider de la façon dont vous voulez procéder.

Pierre Allard, directeur, Bureau d'entraide, La Légion royale canadienne : Sénateur Carstairs, honorables sénateurs, je tiens, au nom de notre président national, Jack Frost, à féliciter le comité pour le travail qu'il fait pour le compte des aînés. Plusieurs intervenants et études universitaires ont identifié un besoin de logements-services pour les aînés. Par exemple, M. Rodriguez a suggéré que le besoin en matière de logements en milieu de soutien devrait augmenter au cours du XXI^e siècle, et les statistiques qu'il a citées viennent appuyer cette prédiction.

Qu'est-ce que le logement-services? En termes concis, nous pouvons déclarer que c'est le type de logement qui permet aux gens de maximiser leur autonomie, leur vie privée, leur processus décisionnel, leur dignité et leurs choix personnels. Ce sera peut-être une surprise pour plusieurs de savoir que La Légion royale canadienne est engagée dans le logement-services. En effet, avec environ 150 établissements et plus de 7 500 unités, la Légion est l'un des meilleurs organismes dispensateurs de logements abordables et sûrs pour les anciens combattants et les aînés dans tout le Canada. Permettez que je vous lise une citation qui figure dans le texte que vous avez :

La concentration intense de la Légion royale canadienne sur les besoins de logement locaux peut rendre l'impact national accumulé de ses efforts moins visible que l'activité très en vue des promoteurs de projets pour profit.

Pendant plus de 50 ans, les filiales de la Légion partout au pays ont été la force motrice dans la planification, la construction et l'administration de logements pour anciens combattants et aînés dans les collectivités où les besoins se font le plus sentir. Cet intérêt s'est développé comme une extension naturelle de notre travail communautaire.

Plus récemment, en 1995, nous avons compilé un répertoire national de logements. Quatre années plus tard, nous avons conclu un accord avec Anciens combattants Canada (ACC) pour former un partenariat en vue de répondre aux besoins des anciens combattants et des aînés. À la Légion, les anciens combattants sont notre priorité, mais nous avons découvert que ce qui peut avantager nos anciens combattants peut souvent bénéficier aux aînés. Un bon exemple est le fractionnement du revenu de pension pour les aînés, une excellente initiative.

As a result of a partnership agreement with VAC, we were able, in April 2000, to staff the Legion Housing Centre for Excellence. Our legion consultant, Mr. David MacDonald, who is here with me, is a VAC employee. He is on secondment to the legion. We coordinate this activity through our Veterans Services and Seniors Committee, which is chaired by the Legion Dominion President, Mr. Jack Frost.

Since 2000, the legion consultant has worked with provincial commands and legion branches to assist with housing development and other real property-related issues. The housing centre also updates our legion national housing directory. I will turn it over to Mr. MacDonald.

David MacDonald, Consultant, Legion Housing Centre for Excellence, The Royal Canadian Legion: In addition to what Mr. Allard has mentioned already, we provide hands-on consulting services directly to provincial commands and to legion branches at no cost.

These services include, but are not limited to, dealing with environmental and rezoning issues; preparing CMHC Proposal Development Funding and Seed Funding applications; preparing applications to municipal, provincial and federal governments to take advantage of programs they might offer; assisting in negotiations with lawyers, developers, planners, consultants, appraisers and anyone involved in the business of construction; helping and initiating project planning and working along with the groups to facilitate that planning at all stages of the development; and dealing with other issues involving real property, including best use studies, lease negotiations, acquisition of land, assistance in obtaining financing for projects, and so on.

The centre was involved in the planning and construction of two major housing initiatives, both of which opened for business in 2007. On October 1, 2001, the legion initiated a 24-month study on housing issues for veterans and seniors. This initiative was funded through a Heritage Canada Voluntary Sector Initiative, VSI, grant. This study concluded that the biggest challenge facing Canadians over the age of 75 is bridging the gap between independent residential living and moving to a care facility. We found that many of our veterans and seniors are not ready for chronic long-term care facilities and that many of them can remain in their current homes with the appropriate supports in place.

The legion VSI-sponsored study made recommendations, most of which are still germane today, including a recommendation for a senior's independence program that would allow seniors in need to remain in their homes for as long as possible to avoid institutionalization. This approach, which would be modelled on the very success Veterans Independence Program, promoted by

Suite à cet accord de partenariat avec ACC, nous avons été en mesure, en avril 2000, de doter le Centre d'excellence de logement de la Légion de personnel. Le consultant de la Légion, M. David MacDonald, qui est ici avec moi, est un employé d'ACC. Il est en détachement auprès de la Légion. Nous coordonnons cette activité par l'entremise de notre Comité des anciens combattants, service et aînés, lequel est présidé par le président national de la Légion, M. Jack Frost.

Depuis l'an 2000, le consultant de la Légion a travaillé avec les directions provinciales et filiales de la Légion pour aider dans le développement de logements et pour d'autres questions se rapportant aux biens immobiliers. Le centre de logement assure également la tenue à jour de notre répertoire national de logements de la Légion. Je vais maintenant céder la parole à M. MacDonald.

David MacDonald, consultant, Centre d'excellence de logement de la Légion, La Légion royale canadienne : En plus de ce qu'a déjà mentionné M. Allard, nous fournissons gratuitement des services de consultation pratiques directement aux directions provinciales et filiales de la Légion.

Ces services, comprennent, entre autres, le traitement de questions concernant l'environnement et les changements de zonage; la préparation de demandes de financement pour le développement de projets et de financement de démarrage à l'intention de la SCHL; la préparation de demandes à l'intention de gouvernements municipaux, provinciaux et fédéraux en vue de bénéficier des programmes offerts par ceux-ci; la négociation avec avocats, promoteurs, planificateurs, consultants, évaluateurs et tous les autres intervenants dans le domaine de la construction; des initiatives de planification de projets et leur encadrement, et le travail avec des groupes pour faciliter la planification à tous les stades; et l'examen d'autres questions intéressant l'immobilier, y compris études sur le meilleur usage, négociations de baux, acquisition de terrains, aide dans l'obtention de financement pour des projets, et cetera.

Le centre est intervenu dans la planification et la construction de deux grandes initiatives de logement, les deux complexes ayant ouvert leurs portes en 2007. Le 1^{er} octobre 2001, la Légion a lancé une étude de 24 mois sur la situation des anciens combattants et des aînés en matière de logement. Cette initiative a été financée en vertu d'une subvention pour Initiative sur le secteur bénévole et communautaire d'Heritage Canada. Cette étude a conclu que le plus grand défi auquel sont confrontés les Canadiens âgés de plus de 75 ans est le passage entre une vie autonome dans son domicile et son installation dans un établissement de soins. Nous avons constaté que nombre d'anciens combattants et aînés ne sont pas prêts pour un établissement de soins de longue durée et que beaucoup d'entre eux pourraient demeurer chez eux s'ils bénéficiaient d'un soutien approprié.

L'étude de la Légion parrainée en vertu du programme ISBC a offert certaines recommandations, dont la plupart sont encore pertinentes aujourd'hui, notamment l'instauration d'un programme d'indépendance pour les aînés qui permettrait aux personnes âgées dans le besoin de demeurer chez elles aussi longtemps possible pour éviter le placement en établissement.

VAC, would allow seniors to age in place and delay the more costly transition to long-term care facilities. We also made recommendations related to CMHC programs; I will talk about those later on in my address here.

Another successful project undertaken by the Legion Housing Centre for Excellence was the production of a handbook on real property development. This generic housing handbook, which can be used by any developer, legion or non-governmental organization, was made possible through a financial contribution by VAC. We make this handbook available for free to any agency involved in affordable housing. We have left copies in both English and French with the clerk for members of the committee.

What are the future challenges facing people who are involved in providing safe, affordable housing for seniors and veterans? Based on our unique experience in dealing with federal, provincial and municipal authorities across the country, we feel that CMHC can play a larger role in addressing these future housing issues and challenges.

The CMHC Seed Funding and Proposal Development Funding programs are excellent programs for non-profit housing organizations. We have been very successful as a legion when we applied for these two programs. We have not yet had an application turned down that has been prepared through our office, and we are grateful for that. Not only are the financial resources helpful, but the information required to complete the program applications is a sound step in the due diligence process.

It is virtually impossible, however, for our non-profit projects to qualify for CMHC mortgage insurance, especially if they are designated affordable or they offer an assisted living component. We have been involved in projects and are aware of other projects where the equity positions have been excellent, but they have not been approved by CMHC insurance because CMHC is concerned about their resale value and marketability should they have to repossess the units. These facilities are viewed as specialty units; that is, like buildings that are unique and built for specific purposes, such as fast food outlets that are designed to be recognized by the shape of the building. CMHC feels that their security is not as great in these specialized instances as if they were ensuring for-market units.

With CMHC mortgage insurance, money is available from any lenders. However, without this insurance, most chartered banks will not consider financing these projects at all. Because of the need for non-profit ventures to be efficient and cost-effective, the ones that are built are usually very successful. They have lower than average fill-up times, and very reliable waiting lists. Banks

Cette approche, modelée sur le Programme pour l'autonomie des anciens combattants, dont fait la promotion ACC, permettrait aux aînés de vieillir en place et de retarder la transition plus coûteuse en établissement de soins de longue durée. Nous avons également formulé des recommandations au sujet des programmes de la SCHL et dont je vous entretiendrai un petit peu plus tard.

Un autre projet fort réussi lancé par le Centre d'excellence de logement de la Légion, a été la production d'un guide sur la mise en valeur mobilière. Ce guide générique, pouvant être utilisé par tout promoteur, service de la Légion ou organisation non gouvernementale, a été rendu possible grâce à une contribution financière consentie par ACC. Nous distribuons ce guide gratuitement à toute agence qui s'occupe de logements abordables. Nous en avons remis des copies, en anglais et en français, au greffier, à l'intention des membres du comité.

Quels sont les défis futurs auxquels les gens seront confrontés en vue d'offrir des logements sûrs et abordables aux aînés et aux anciens combattants? Nous appuyant sur notre expérience unique de relations avec les autorités fédérales, provinciales et municipales de partout au pays, nous croyons que la SCHL pourrait jouer un plus grand rôle face à ces préoccupations et défis futurs en matière de logement.

Les programmes de financement de démarrage et de financement d'élaboration de projets de la SCHL sont d'excellents programmes pour les organisations de logements à but non lucratif. La Légion a obtenu de très bons résultats lorsqu'elle a fait des demandes au titre de ces deux programmes. Nous n'avons jamais encore vu refuser une demande préparée par notre bureau, et nous en sommes reconnaissants. Non seulement les ressources financières sont utiles, mais les renseignements requis pour remplir les demandes au titre de ces programmes sont une étape solide dans le processus de diligence raisonnable.

Il est cependant presque impossible pour nos projets sans but lucratif d'être admissibles à l'assurance hypothèque de la SCHL, surtout lorsqu'ils ont été conçus pour être abordables ou présentent une composante logement-services. Nous avons participé à des projets et sommes au courant d'autres projets pour lesquels la participation financière était excellente, mais qui n'ont pas été approuvés pour l'assurance hypothèque de la SCHL du fait que la Société s'inquiète de leur valeur de revente et de leur commercialité en cas de reprise des unités. Celles-ci sont considérées comme étant spécialisées, à la manière d'immeubles qui sont uniques et qui servent des fins précises, comme par exemple les commerces de restauration rapide dont la forme architecturale est leur image de marque. La SCHL estime que le risque est plus grand pour ces unités spécialisées que pour les unités conçues pour le marché général.

Avec une assurance hypothèque de la SCHL, vous pouvez emprunter de l'argent n'importe où. Cependant, sans cette assurance, la plupart des banques à charte n'envisageront même pas de financer ces projets. Étant donné la nécessité que les projets sans but lucratif soient efficaces et rentables, ceux qui finissent par être construits réussissent en règle générale très bien. Ils

are usually very willing to refinance these units once they have been constructed; they are just not available to offer the construction funding to get these units on the market.

We feel, and our experience has shown in the six or seven years that our centre has been in operation, that the CMHC mortgage insurance program does not really function like an insurance program, because CMHC is not prepared to accept any reasonable risk. For example, for car insurance, if assessed risk is deemed to be higher than the norm, insurance will still be available only with a higher premium. With CHMC mortgage insurance, if there is any risk at all the insurance is not available. Since risk is an inherent reality in the insurance business, our feeling is that CMHC is not in the insurance business. We have difficulty in accessing that program, as do many non-profit ventures.

Making CMHC mortgage insurance more accessible for non-profit ventures would be a tremendous step forward. This change alone would promote additional housing starts in this important market that could address the needs of an aging population, both veterans and seniors.

In addition, we talked about a couple of CMHC programs that are successful and that are very accessible to non-profit ventures. However, some of the CMHC programs which are, in theory, national programs are not always available on a national basis — at least not in the same context or to the same degree. For example, although the federal-provincial housing program is a national program, it is administered differently across the country. In British Columbia, it is administered through BC Housing; while in Ontario, where the responsibility for housing resides with the municipalities, it is administered jointly by the province and the 47 regional municipality centres. In Ontario, for example, it is possible for municipalities to opt out of the program. Also, each responsibility centre can establish its own eligibility criteria. This means that even though the federal-provincial housing assistance program is deemed a national program, it is essentially not available in most parts of Ontario, for instance, where the municipalities have opted out of that program.

Our recommendation would be for CMHC to provide guidelines for a national implementation strategy to ensure that all regions of the country have equitable access to national CMHC programs, such as the federal assistance housing program.

Mr. Hollander spoke about the need for national information collection and national initiatives. When national programs are developed, there should be a national implementation strategy to

afficher des intervalles entre occupants inférieurs à la moyenne et comptent des listes d'attente solides. Les banques sont en règle générale très désireuses de refinancer ces unités une fois qu'elles ont été construites; elles ne sont tout simplement pas partantes pour offrir le financement de la construction de ces unités pour le marché.

Nous pensons, et c'est ce que montre notre expérience des six ou sept dernières années depuis que notre centre est ouvert, que le programme d'assurance hypothèque de la SCHL ne fonctionne pas vraiment à la manière des autres programmes d'assurance, la société n'étant pas prête à accepter tout risque raisonnable. Par exemple, dans le cas de l'assurance automobile, si le risque évalué est considéré comme supérieur à la norme, alors l'assurance sera consentie, mais la prime sera plus élevée. Dans le cas de l'assurance hypothèque de la SCHL, s'il existe le moindre risque, l'assurance n'est pas disponible. Étant donné que le risque est une réalité inhérente du marché des assurances, notre sentiment est que la SCHL ne fait pas partie du monde des assurances. Nous avons de la difficulté à accéder à son programme, comme c'est le cas de nombreuses initiatives sans but lucratif.

Si l'assurance de la SCHL était plus accessible pour des organismes sans but lucratif, ce serait là un énorme pas en avant. Ce changement à lui seul multiplierait les mises en chantier de logements dans ce marché important, ce qui pourrait satisfaire les besoins d'une population vieillissante comprenant des anciens combattants et des aînés.

Nous avons également parlé de quelques programmes de la SCHL qui réussissent bien et qui sont tout à fait accessibles aux organismes sans but lucratif. Cependant, certains des programmes de la SCHL qui sont, en théorie, des programmes nationaux, ne sont pas toujours disponibles à l'échelle nationale — en tout cas pas dans le même contexte, ni au même degré. Par exemple, bien que le programme de logement fédéral-provincial soit un programme national, il est administré de façon différente selon la région du pays. En Colombie-Britannique, il est administré par l'intermédiaire de la BC Housing, tandis qu'en Ontario, où la responsabilité en matière de logement relève des municipalités, il est administré conjointement par la province et par les 47 municipalités régionales. En Ontario, par exemple, il est possible pour les municipalités de s'abstenir de participer au programme. D'autre part, chaque centre de responsabilité peut établir ses propres critères d'admissibilité. Cela veut dire que, bien que le programme fédéral-provincial d'aide au logement soit considéré comme un programme national, il n'est pas disponible dans la plupart des régions de l'Ontario, par exemple, où les municipalités ont choisi de ne pas y participer.

Notre recommandation serait que la SCHL établisse des lignes directrices en vue d'une stratégie de mise en œuvre nationale, pour veiller à ce que toutes les régions du pays aient un accès équitable aux programmes nationaux de la SCHL, comme par exemple le programme fédéral d'aide au logement.

M. Hollander a parlé de la nécessité de cueillette nationale d'information et d'initiatives nationales. Lorsque sont élaborés des programmes nationaux, il devrait y avoir une stratégie de mise

ensure that all regions of the country have equitable access to such a program. This would have to take into consideration unique regional and provincial requirements. Because of economics in some regions, there may be reasons why municipalities or regions opt out, but there should be some way that this program could then be delivered in an alternative format to ensure their residents have access. If we are to call it a national program, it should be accessible nationally.

Provinces should also be encouraged to standardize their eligibility criteria to avoid the potential for national providers having to deal with 47 different approval criteria, which is essentially what happens now when we are dealing with the province of Ontario and the implementation of this one program.

Mr. Allard: We need more flexible CMHC national programs. We have been told this morning that CMHC is collecting national data. They should also establish policy with a national focus. We need to embrace the seniors independence program modelled on the very successful Veterans Affairs Canada Veterans Independence Program. That concludes our presentation.

The Chair: Thank you. We will return to CMHC for their response to what you have raised here.

Last but not least is Margaret Isabel Hall.

Margaret Isabel Hall, Assistant Professor, Law Faculty, University of British Columbia: Today, I would like to speak to my past and ongoing work on the regulation of supportive housing for seniors, which has been sponsored by CMHC in the past, as is my ongoing project.

Supportive housing is currently being developed to provide Canadian seniors with an intermediate housing alternative between living alone without supports, or staying at home, and the heavily regulated environment of institutional care. I use this umbrella term, namely, "supportive housing", to refer to the entire range of housing operations between these two poles. The term "assisted living" generally refers to supportive housing at the higher end of this range. There is a tremendous problem in conducting any research in this area because of the different terminology used across the country. I resolved that problem by simply making up my own terminology of what supportive housing will be and staying with it. It is a broad umbrella with different combinations of services and housing features being included within this umbrella.

The 2005 study considered alternative approaches to the regulation of supportive housing for seniors and the issues that effective regulation will need to address, and concluded by setting

en œuvre nationale pour veiller à ce que toutes les régions du pays aient un accès équitable à ces programmes. Cela permettrait de tenir compte des besoins uniques des différentes régions et provinces. Étant donné la situation économique de certaines régions, il se pourrait qu'il y ait des raisons pour lesquelles les municipalités ou certains secteurs choisissent de ne pas participer, mais il devrait y avoir moyen de veiller à ce que le programme puisse être proposé sous une autre forme afin que les résidents puissent y avoir accès. Si nous allons parler de programmes nationaux, alors ceux-ci doivent être accessibles partout au pays.

Les provinces devraient elles aussi être encouragées à normaliser leurs critères d'admissibilité pour éviter le risque que des fournisseurs nationaux aient à jongler avec 47 critères d'approbation différents, ce qui est en gros ce qui se passe à l'heure actuelle avec l'Ontario dans le cas de la mise en œuvre de ce seul programme dont je viens de vous entretenir.

M. Allard : Il nous faut des programmes nationaux plus flexibles de la part de la SCHL. On nous a dit ce matin que la SCHL recueille des données nationales. Elle devrait également établir une politique qui ait une orientation nationale. Il nous faut embrasser l'idée d'un programme pour l'autonomie des aînés calqué sur le formidable Programme pour l'autonomie des anciens combattants d'Anciens combattants Canada. Voilà qui met fin à notre exposé.

La présidente : Merci. Nous inviterons tout à l'heure les représentants de la SCHL à réagir aux questions que vous avez soulevées ici.

Enfin, je suis heureuse de donner la parole à Margaret Isabel Hall.

Margaret Isabel Hall, professeure adjointe, Faculté de droit, Université de la Colombie-Britannique : J'aimerais aujourd'hui vous entretenir de mon travail passé et courant sur la réglementation des logements en milieu de soutien pour les aînés, travail qui a été parrainé par la SCHL par le passé, et que je poursuis toujours.

L'on œuvre présentement à l'établissement de logements en milieu de soutien pour offrir aux aînés canadiens une solution de logement intermédiaire entre la vie autonomie sans soutien, chez soi, et le milieu hautement réglementé des soins en établissement. J'utilise cette expression « logement en milieu de soutien » pour couvrir toute la gamme des solutions de logement s'inscrivant entre ces deux pôles. Le terme « logement-services » renvoie généralement à des logements en milieu de soutien à l'extrémité supérieure de cette fourchette. Il existe un problème énorme pour ce qui est de la recherche dans ce domaine à cause des différences terminologiques relevées d'un bout à l'autre du pays. J'ai réglé ce problème en établissant tout simplement ma propre terminologie et ma définition de ce qu'est le logement en milieu de soutien et m'y tenant. Il s'agit d'un large parapluie recouvrant diverses combinaisons de services et de types de logements.

L'étude de 2005 portait sur des solutions de rechange à la réglementation de logements en milieu de soutien pour les personnes âgées et les questions devant être traitées dans le

out a range of options for Canadian policy-makers. More details about the study are provided in the research highlights that I circulated.

The task for regulators is to facilitate supportive housing for seniors that is both appropriate and affordable. That is a key feature that was identified through my consultations, through regulation that is neither too heavy, essentially replicating institutional care, nor too light. Referring to Ms. Sholzberg-Gray's comments earlier, there certainly is a need for regulation in this area. Supportive housing should not be considered as an unregulated wilderness as opposed to the care facility. That balance is very difficult to strike. Regulating in this area is tough, and that is why policy-makers here and in other jurisdictions have wrestled with it.

My conclusion is that the balance will best be achieved through a combination of approaches to regulation together with what I call "supplemental non-regulatory initiatives."

The first of these options was a comprehensive supportive housing statute that would apply to all supportive housing for seniors, regardless of sector involvement. It would be public, private-for-profit and private-not-for-profit, with supportive housing for seniors defined as housing with services that is provided specifically for seniors.

In my review of different regulatory approaches taken across Canada and also in other jurisdictions, I saw that in some jurisdictions supportive housing for seniors provided by the not-for-profit sector is regulated differently than that by the for-profit sector. When I talk about a comprehensive statute, I am talking about a statute that would not draw those types of distinctions and would apply to all forms of supportive housing throughout the umbrella. The statute could include legislated minimum standards for certain issues and provisions and apply a consumer protection approach for other issues. Therefore, meals could be subject to legislated standards. These are legislated minimum standards and costs subject to consumer-protection-based provisions, for example.

A benefit of the comprehensive supportive housing statute would be the relative clarity of a single-statute approach for providers, consumers and their advocates and for policy-makers. Clarity would be valuable here as the current splitting up of the regulation of supportive housing among different statutes and different policies within provinces — let alone between provinces — made for a significant degree of confusion about which regulations applied.

cadre de cette réglementation, et à débouché sur la définition de toute une gamme d'options pour les décideurs canadiens. Davantage de détails au sujet de cette étude sont mis en relief dans le document résumant les faits saillants de ma recherche que j'ai fait distribuer.

La tâche pour les organes de réglementation est de faciliter l'offre aux aînés de logements en milieu de soutien qui soient et appropriés et abordables. Il s'agit là d'un aspect clé qui a été identifié par le biais de mes consultations, et il importe que la réglementation ne soit ni trop lourde, reproduisant plus ou moins les soins en établissement, ni trop légère. Pour renvoyer aux commentaires faits plus tôt par Mme Sholzberg-Gray, il importe certainement que des règlements soient établis dans ce domaine. Le logement en milieu de soutien ne devrait pas être considéré comme un domaine non encore exploré et non réglementé par opposition aux établissements de soins. Cet équilibre est très difficile à établir. La réglementation de ce secteur est difficile, et c'est pourquoi les décideurs ici et dans d'autres pays s'y sont butés.

Ma conclusion est que le meilleur moyen d'assurer un équilibre sera de conjuguer diverses approches à la réglementation avec ce que j'appellerais des « initiatives supplémentaires non réglementaires ».

La première de ces options a été un texte législatif exhaustif en matière de logement en milieu de soutien qui s'appliquerait à tous les logements supervisés pour aînés, quel que soit le secteur concerné. Cela couvrirait les volets public, privé à but lucratif et privé sans but lucratif, les logements en milieu de soutien pour aînés étant définis comme des logements avec services destinés aux personnes âgées.

Dans le cadre de mon examen des différentes approches en matière de réglementation adoptées partout au Canada ainsi qu'ailleurs, j'ai constaté que, dans certains endroits, les logements en milieu de soutien pour les aînés fournis par le secteur sans but lucratif sont réglementés différemment de ceux fournis par le secteur à but lucratif. Lorsque je parle d'un texte législatif exhaustif, je parle d'un texte qui n'établirait pas ces genres de distinctions et qui s'appliquerait à toutes les formes de logements en milieu de soutien couvertes par la définition-cadre. Ce texte de loi pourrait imposer des normes minimales pour certains éléments et appliquer ailleurs une approche axée sur la protection du consommateur. Ainsi, les repas pourraient être soumis à des normes imposées par la loi et les coûts à des dispositions axées sur la protection du consommateur, par exemple.

Un des avantages d'une loi complète sur le logement en milieu de soutien serait la clarté relative d'une loi unique pour les fournisseurs, les consommateurs et leurs défenseurs, ainsi que pour les décideurs. La clarté serait précieuse ici, étant donné que l'actuel morcellement de la réglementation du logement en milieu de soutien parmi les différents textes de loi et politiques à l'intérieur des provinces — sans parler des différences entre provinces — crée une confusion considérable quant à la question de savoir quels règlements s'appliquent.

This clarity, as well as being useful for consumers, providers and policy-makers within provinces, would also promote the coherent and consistent development of regulation among Canadian jurisdictions, another feature that I consider very important for two reasons.

First, consistency avoids the need to constantly reinvent the wheel as jurisdictions are able to discuss their experiences and learn from each other's mistakes. While producing this report, I learned that in each province some type of initiative around supportive housing and then around this thorny issue of "if we are to have it, how are we to regulate it" seemed to be going on. However, there was virtually no communication between the provinces as to exactly what they were doing. The problem about nomenclature was a big contributor to this.

These processes require the development of a common language around supportive housing, a development which is made much more difficult where supportive housing issues are dealt with by multiple statutes and authorities within a single province.

Second, older Canadians are mobile and retirement or age-related lifestyle changes may trigger a move closer to adult children, other relatives or to a more suitable climate.

The current widely divergent approaches to the regulation of supportive housing in Canada divided between different regulatory instruments within provinces creates a formidable information challenge for the potential supportive housing resident who wants to move from Toronto to Victoria. In addition, the splintering of regulatory responsibilities within provinces themselves made it virtually impossible for consumers or potential consumers to get the information that they wanted and needed about how supportive housing was regulated in their province.

The model comprehensive statute was the first of my options — and I must say CMHC rejected my idea that I call these "recommendations," feeling it was a little too stern, so I refer to them as "options." This option was the one that I have decided to follow up on and develop in my current project that is underway for CMHC.

I will focus in on the idea of developing the comprehensive supportive housing statute, develop a model statute and then circulate it during the comprehensive national consultation process, which I certainly hope many of you will be part of so that I can get your comments on that approach. I am sure that people will have lots of advice for me and suggestions of what they would like to see included in a statute of that type.

Cette clarté, en plus d'être utile pour les consommateurs, les fournisseurs et les décideurs au sein des provinces, aurait également pour effet de favoriser l'élaboration cohérente et uniforme de règlements entre les provinces et territoires canadiens, autre élément que je considère très important pour deux raisons.

Premièrement, l'uniformité élimine la nécessité de constamment réinventer la roue, car les provinces et territoires peuvent discuter entre eux de leurs expériences et tirer des leçons des erreurs des autres. Dans le cadre de la production de ce rapport, j'ai appris que, dans chaque province, il semblait qu'il se présentait une forme d'initiative entourant le logement en milieu de soutien prise autour de la question épineuse de savoir « Si nous devons avoir cela, comment allons-nous réglementer la chose? ». Il n'y avait cependant presque aucune communication entre les provinces sur ce qu'elles faisaient très exactement. Le problème de nomenclature a été un gros facteur dans tout cela.

Ces processus exigent l'élaboration d'un langage commun relativement au logement en milieu de soutien, travail qui est rendu encore plus difficile lorsque les questions de logement supervisé relèvent, à l'intérieur d'une même province, de textes et de responsables multiples.

Deuxièmement, les Canadiens âgés sont mobiles, et la retraite ou les changements de style de vie qui sont liés à l'âge peuvent les inciter à s'installer plus près de leurs enfants d'âge adulte ou d'autres parents, ou encore dans une région où le climat leur convient mieux.

Les façons actuellement fort divergentes d'aborder la réglementation du logement en milieu de soutien au Canada, avec les divers instruments de réglementation qui existent à l'intérieur des différentes provinces, représentent un défi formidable pour l'ainé qui souhaite obtenir de l'information sur le logement en milieu de soutien et qui envisage, par exemple, de quitter Toronto pour aller s'installer à Victoria. Par ailleurs, le fractionnement des responsabilités en matière de réglementation à l'intérieur des provinces elles-mêmes était tel qu'il était presque impossible pour les consommateurs ou consommateurs potentiels d'obtenir les renseignements qu'ils voulaient et dont ils avaient besoin au sujet de la façon dont le logement en milieu de soutien est réglementé dans leur province.

Le modèle de loi complète était la première de mes options — et il me faut dire que la SCHL a rejeté mon idée que j'appelle cela des « recommandations », estimant que cela était peut-être un peu trop sévère, et c'est pourquoi j'ai choisi de parler plutôt d'« options ». Cette option est celle que j'ai décidé de poursuivre et d'étayer dans le projet auquel j'œuvre présentement pour la SCHL.

Je vais me concentrer sur l'idée d'élaborer une loi complète sur le logement en milieu de soutien, de rédiger une loi type, puis de la faire circuler dans le cadre du processus national de consultation exhaustive, auquel j'espère que nombre d'entre vous participerez afin que je puisse recueillir vos commentaires sur cette approche. Je suis convaincue que les gens auront pour moi beaucoup de conseils et de suggestions sur ce qu'ils aimeraient voir inclus dans une loi de ce genre.

One of the extra-regulatory options, which I also thought would be helpful here, would be to establish a system of elder ombudsman in each province. Each province would appoint an elder ombudsman with responsibility for seniors' housing issues; and also possibly with a mandate to hear and respond to other concerns. The objective would be to have a one-stop shop, easy-to-access system to find information, make complaints, resolve disputes and so on.

If economically feasible, a system of seniors' advocates could operate out of an ombudsman's office. During my consultation with seniors pursuant to this project, the idea of the elder ombudsman and the system of elder ombudsman was received most enthusiastically.

I emphasize this because the problem was identified for me with such force by the seniors to whom I spoke. The problem of accessing information or even beginning to think about where to start accessing information was prominent and identified as, perhaps, the key problem for seniors. They simply would not know where to begin finding information on the options that were available to them.

The third option would be to create national best practices guidelines, which would involve establishing a working group at a national level that would create best practices guidelines. Here, I drew on the American experience, and I will say a little bit about that.

The Americans have been at this thorny problem of trying to regulate supportive housing for longer than we have. A work group on the national level was convened in 2002, I believe, to try to create model best practice guidelines because the United States were struggling and found they were constantly returning to their legislation to revise it because it was so difficult. Perhaps we can avoid that difficult thrashing around stage, cut directly to the chase and simply create a best practices body that could provide a model that would be useful for the provinces.

The fourth option is to establish a supportive housing for seniors' centre for excellence that would also draw on some of the work that your organization has done. This would also build on the work of the national working group that is described in option three. Rather than simply disbanding, once the best practice guidelines were formed, the work of the national centre for excellence would continue and carry on the work that had been initiated by that body.

The fifth option would establish a non-legislated system of accreditation. The centre of excellence would develop this system of accreditation with input from consumers and providers, as well as academics. The centre would be responsible for carrying out accreditation and gathering and disseminating information about

L'une des options extra-réglementaires, dont j'ai également pensé qu'elle pourrait être utile ici, serait l'élaboration d'un régime d'ombudsman des aînés dans chaque province. Chaque province nommerait un protecteur des aînés auquel incomberait la responsabilité des questions de logement des aînés et, peut-être, le mandat d'entendre d'autres préoccupations et d'y répondre. L'objectif serait d'établir un guichet unique facile d'accès auquel on recourrait pour obtenir de l'information, déposer une plainte, obtenir le règlement de différends et ainsi de suite.

Si la chose était économiquement faisable, un réseau de défenseurs des aînés pourrait relever du bureau du protecteur des aînés. Dans le cadre des consultations que j'ai menées auprès d'aînés au sujet de ce projet, l'idée d'un protecteur des aînés et d'un réseau de protecteurs des aînés a été reçue avec enthousiasme.

Je souligne cela car le problème m'a été énergiquement soumis par les aînés avec qui j'ai discuté. Le problème de l'accès à l'information ou de savoir ne serait-ce que par où commencer pour accéder à l'information a été beaucoup mentionné et a été identifié comme étant possiblement le principal problème pour les personnes âgées. Ils ne savent tout simplement par où commencer pour trouver des renseignements sur les options à leur disposition.

La troisième option serait l'élaboration de lignes directrices nationales en matière de pratiques exemplaires. Il s'agirait de créer un groupe de travail national qui serait chargé d'établir des lignes directrices axées sur les pratiques exemplaires. Ici, je me suis appuyée sur l'expérience américaine, et je vais vous en dire quelques mots.

Les Américains sont depuis plus longtemps que nous aux prises avec ce délicat problème qu'est celui de la réglementation du logement en milieu de soutien. Un groupe de travail national a été réuni en 2002, je crois, et chargé de créer des lignes directrices modèles en matière de pratiques exemplaires, car les Américains étaient aux prises avec le problème et constataient qu'ils retournaient sans cesse à leur loi pour la remanier du fait de la difficulté. Nous pourrions peut-être éviter cette étape difficile de démêlement, nous attaquer directement au cœur du problème et créer simplement une base de pratiques exemplaires qui pourrait servir de modèle utile pour les provinces.

La quatrième option serait la création d'un centre d'excellence du logement en milieu de soutien pour les aînés, qui s'inspirerait également de certains des travaux de votre organisation. Il s'appuierait également sur le travail accompli par le groupe de travail national décrit dans l'option trois. Au lieu que le groupe soit simplement démantelé, une fois élaborées les lignes directrices en matière de pratiques exemplaires, le centre national d'excellence pourrait poursuivre le travail entamé par lui.

La cinquième option serait l'établissement d'un système d'agrément non imposé par la loi. Le centre d'excellence élaborerait ce système d'agrément en s'appuyant sur les conseils émanant de consommateurs, de fournisseurs et d'universitaires. Ce centre serait responsable d'administrer l'agrément et de

the accreditation system. Again, getting information to consumers is key to the workability of this system.

Finally, the sixth option is to establish a central information database, with ease of access being the key. Establishment of a central information database accessible through the Internet, and also through a seniors' housing hotline for those who may not be entirely comfortable using the Internet, is vital to the success of supportive housing as an intermediate housing alternative. Information provided would include availability, costs and rules or conditions of residency. A senior who wishes to relocate would be able to access information about the availability and the way in which supportive housing is regulated in that province.

In conclusion, the big idea that has come out of my work, which I feel is important to emphasize, is the connection between affordability and the provision of a suitable real number of affordable supportive housing units to maximize choice for consumers and the need for less regulation of the sector.

The consumers' ability to vote with their feet, which is the theory behind a consumer-protection approach as opposed to the minimum-legislated-standards approach — like a care facility where more aspects of services and building features within the facility are legislated — depends to a great degree on the ability of the consumer to exercise real choice.

If a consumer choice and consumer protection model is pursued in this sector to avoid replicating the legislated standards that we find in care facilities, it is absolutely crucial that there be real choice for consumers so that they are able to discriminate between housing units on the basis of suitability instead of merely taking whatever they can find and afford.

The Chair: Thank you. Before I turn to others for questions, I would like to know if Mr. Rodriguez has any comments on the comments that were made by The Royal Canadian Legion.

Mr. Rodriguez: Their comments are outside the scope of my work. Perhaps Ms. Darke would like to comment on that.

Debra Darke, Director, Community Development, Canada Mortgage and Housing Corporation: I will try not to get into a lot of detail, but I would like to address two areas. The first is the comment that Mr. MacDonald made about CMHC not really being in the insurance business, given that we are not willing to take any risks. I would also like to speak briefly about the types of arrangements that we currently have in place with provinces and territories, which, as Mr. MacDonald quite rightly pointed out,

recueillir et de diffuser de l'information au sujet du système d'agrément. Encore une fois, la communication de renseignements aux consommateurs est essentielle au bon fonctionnement du système.

Enfin, la sixième option serait l'établissement d'une base de données centrale dont la facilité d'accès serait indispensable. La création d'une base de données de renseignements centrale accessible par Internet, ou au moyen d'une ligne d'assistance sur le logement des aînés pour ceux qui ne sont pas tout à fait à l'aise avec l'Internet, est essentielle au succès du logement en milieu de soutien comme solution intermédiaire de logement. L'information fournie porterait sur la disponibilité, les coûts et les règles ou conditions de résidence. Un aîné qui souhaite déménager serait en mesure d'obtenir de l'information sur la disponibilité de logements ainsi que sur la façon dont le logement en milieu de soutien est réglementé dans cette province.

En conclusion, la grosse idée qui est ressortie de mon travail, et qui mérite, je pense, d'être soulignée, est le lien entre l'abordabilité et la fourniture d'un nombre adéquat réel d'unités de logements en milieu de soutien abordables, pour maximiser le choix pour les consommateurs et la nécessité d'une moindre réglementation du secteur.

La capacité des consommateurs de voter avec leurs pieds, qui est la théorie qui soutient l'approche de la protection du consommateur par opposition à l'approche axée sur des normes minimales imposées par la loi — comme un établissement de soins où un plus grand nombre d'éléments et de services et de caractéristiques des installations sont explicités dans la loi —, dépend dans une large mesure de la capacité du consommateur d'exercer des choix réels.

Si le modèle du choix du consommateur et de la protection du consommateur est poursuivi dans ce secteur pour éviter de reproduire les normes législatives que l'on trouve du côté des établissements de soins, il est absolument impératif que des choix réels soient offerts aux consommateurs, afin qu'ils puissent faire la distinction entre les différentes unités de logement sur la base de ce qui leur convient, au lieu de prendre tout simplement ce qu'ils peuvent trouver et se permettre de payer.

La présidente : Merci. Avant de donner la parole aux autres pour des questions, j'aimerais savoir si M. Rodriguez aurait quelques commentaires à faire en réaction aux déclarations faites par les porte-parole de la Légion royale canadienne.

M. Rodriguez : Leurs déclarations s'inscrivent à l'extérieur de la portée de mon travail. Peut-être que Mme Darke aimerait y réagir.

Debra Darke, directrice, Développement des collectivités, Société canadienne d'hypothèques et de logement : Je vais m'efforcer de ne pas aller trop dans le détail, mais j'aimerais traiter de deux éléments. Le premier est le commentaire de M. MacDonald au sujet du fait que la SCHL ne soit pas vraiment partie prenante dans le secteur des assurances, étant donné que nous ne sommes pas prêts à assumer des risques. J'aimerais également vous entretenir brièvement des genres d'arrangements

are largely responsible for delivering the range of programs that are available across the country.

Dealing with mortgage loan insurance first, we are in the business of providing mortgage loan insurance. As many of you may know, CMHC runs its insurance business on a commercial basis. In doing so, we are in the business of assessing risk and of charging on the basis of that assessment. When we are underwriting loans, we look at the viability of a project and assess the risk involved, and our premium is reflective of our view of the risk of the project. Generally speaking, the higher the loan-to-value ratio, the higher the mortgage loan insurance premium; we have found that loan-to-value ratio is a good measure of risk.

I am not too sure about the specific barriers or challenges that some of the legion projects that Mr. MacDonald mentioned have experienced. However, we, at CMHC, will be more than happy to meet with Mr. MacDonald, Mr. Allard or the specific proponents of these projects to try to better understand the projects and the challenges with respect to obtaining mortgage loan financing.

In 2003, CMHC introduced a number of flexibilities to our usual mortgage loan insurance parameters. These flexibilities were specifically introduced to encourage the development of new affordable housing units. These flexibilities are not available to every project, but if a project meets our affordability criteria, we are willing to extend them. There is a range of flexibilities provided: We increase the loan-to-value ratio, for example, that we are willing to insure. This can be quite helpful to proponents of affordable housing because it reduces the equity requirements for them. We have also reduced — and in some cases completely discounted — the mortgage insurance premium payable. We also have various flexibilities that relate to debt-coverage ratios and other technical aspects of mortgage insurance that I will not get into.

Again, we have a staff across the country who are familiar with those flexibilities, and we are more than happy to talk to the legion and others to explain them and see how they might be applicable to their projects.

Perhaps I can just say a few words about our programs and how we work with provinces and territories.

There are currently a range of federally-funded programs available across Canada. I believe that Doug Stewart spoke to this committee about a year ago and outlined at a very high level the different vehicles through which the federal government provides housing assistance.

que nous avons présentement en place avec les provinces et territoires et qui, comme l'a à très juste titre souligné M. MacDonald, sont largement responsables de l'exécution de la gamme de programmes qui sont disponibles à l'échelle du pays.

Pour traiter en premier lieu de la question de l'assurance hypothécaire, nous sommes actifs dans l'offre d'assurance hypothécaire. Comme nombre d'entre vous le savent peut-être, la SCHL exploite son volet assurances sur une base commerciale. Ce faisant, il nous revient d'évaluer le risque et de facturer sur la base de cette évaluation. Lorsque nous souscrivons des prêts, nous examinons la viabilité du projet et évaluons le risque concerné, et notre prime reflétera notre évaluation du risque du projet. De façon générale, plus le coefficient du prêt en fonction de la valeur est élevé, plus la prime d'assurance sur le prêt hypothécaire sera élevée. Nous avons constaté que le coefficient du prêt en fonction de la valeur est une bonne mesure du risque.

Je ne suis pas très au courant des obstacles ou défis spécifiques qui ont été vécus dans le cadre de certains des projets de la Légion et que M. MacDonald a mentionnés. Cependant, à la SCHL, nous nous ferions un plaisir de rencontrer M. MacDonald, M. Allard ou les artisans de ces projets afin d'essayer de mieux comprendre ces derniers et les défis en ce qui concerne l'obtention de financement hypothécaire.

En 2003, la SCHL a assorti nos paramètres habituels en matière d'assurance hypothécaire d'un certain nombre d'assouplissements. Ces assouplissements ont été consentis dans le but précis de favoriser la construction de nouvelles unités de logements abordables. Ces assouplissements ne sont pas disponibles pour chaque projet, mais si un projet répond à nos critères d'abordabilité, nous sommes prêts à les consentir. Il y a toute une gamme d'assouplissements qui sont offerts : nous augmentons le coefficient du prêt en fonction de la valeur que nous sommes prêts à assurer, par exemple. Cela peut être très utile pour les promoteurs de logements abordables, car cela réduit les exigences en matière de capitaux propres pour eux. Nous avons également réduit — et dans certains cas nous avons même consenti une ristourne complète — la prime d'assurance hypothécaire payable. Nous avons également divers assouplissements concernant les taux de couverture des charges financières et d'autres aspects techniques de l'assurance hypothécaire que je ne vais pas aborder ici.

Encore une fois, nous avons partout au pays des employés qui connaissent ces assouplissements et nous nous ferons un plaisir de discuter avec la Légion et d'autres pour les expliquer et voir en quoi ils pourraient peut-être s'appliquer à leurs projets.

Je pourrais peut-être dire quelques mots maintenant au sujet de nos programmes et de la façon dont nous travaillons avec les provinces et territoires.

Il existe à l'heure actuelle toute une gamme de programmes financés par le gouvernement fédéral et qui sont disponibles à l'échelle du pays. Je pense que Doug Stewart s'est entretenu avec le comité il y a environ un an et a expliqué dans le menu détail les différents véhicules grâce auxquels le gouvernement fédéral offre de l'aide au logement.

I will not go through all of that again, although I can try to answer any questions. Most of the programs that we make available, of which there is a range, are made available through provinces and territories, and we do this in the context of some high-level multilateral and bilateral agreements.

The Affordable Housing Initiative, AHI, is a good example. There is an overall multilateral agreement that CMHC, on behalf of the federal government, signed with all the provinces and territories, and then there are specific agreements in place with each province and territory. It is the multilateral agreement and the bilateral agreement that outline overall parameters — high-level objectives, if you will — for the investment. In the case of the AHI, the investment is being matched by provinces and territories. Therefore, over the life of this initiative the federal government will contribute \$1 billion, and provinces and territories are matching that.

Program design and delivery is up to provinces and territories within the context of the agreements we have signed with them. Those agreements, of course, also include a number of accountability and reporting requirements.

As Mr. MacDonald pointed out, provinces and territories have made different choices about how they choose to deliver those programs. In some cases, they have chosen to deliver the programs through municipal service managers, and he cited Ontario as an example. However, they are national programs, and it is expected that the national investment will be available across the country. It is up to provinces and territories to ensure that in fact that is the case.

As I said, I will not go into further details now, but I can certainly try to answer any questions.

The Chair: I do not want to belabour this issue, but I must tell you that The Royal Canadian Legion is not the only one that has raised this issue with us.

There seems to be a perception, whether it is real or not, that non-profit organizations that would like to build this type of assisted housing cannot get funding from CMHC.

I would like to know — not today but in some way — what could the government do, if anything, to make that funding more accessible? Is there a guarantee that the federal government could provide that would make this type of insurance more readily available? As I said, I do not expect an answer from you now, but could you perhaps get back to us as to whether there is any availability?

Ms. Darke: Again, there are the two components to that.

From the mortgage loan insurance perspective, if we can understand what the concerns are, what the barriers are that groups have been experiencing, that would be very helpful to us.

Je ne vais pas repasser tout cela revue, mais je peux tenter de répondre à vos questions. La plupart des programmes que nous offrons, et il y en a beaucoup, sont livrées par l'intermédiaire des provinces et territoires, et nous faisons cela dans le contexte de certaines ententes multilatérales et bilatérales de haut niveau.

L'Initiative en matière de logement abordable, ou ILA, est un bon exemple. Il s'agit d'une entente multilatérale globale que la SCHL, au nom du gouvernement fédéral, a signée avec toutes les provinces et les territoires, et il y a des accords spécifiques en place avec chaque province et chaque territoire. Ce sont l'entente multilatérale et les ententes bilatérales qui esquissent les paramètres d'ensemble — les objectifs supérieurs, si vous voulez — pour l'investissement. Dans le cas de l'ILA, l'investissement est jumelé par les provinces et les territoires. En conséquence, pendant la durée de vie de cette initiative, le gouvernement fédéral contribuera 1 milliard de dollars, et les provinces et territoires une somme équivalente.

La conception et l'exécution des programmes reviennent aux provinces et territoires dans le contexte des ententes que nous avons signées avec eux. Ces ententes englobent également, bien sûr, un certain nombre d'exigences en matière de comptabilité et de reddition de comptes.

Comme l'a souligné M. MacDonald, les provinces et territoires ont fait des choix différents quant à la façon dont ils veulent livrer ces programmes. Dans certains cas, ils ont choisi de livrer les programmes par le biais de gestionnaires de services municipaux, et M. MacDonald a cité l'exemple de l'Ontario. Il s'agit cependant de programmes nationaux, et il est attendu que cet investissement national soit disponible partout au pays. C'est aux provinces et territoires qu'il incombe de veiller à ce que ce soit bel et bien le cas.

Comme je l'ai dit, je ne vais pas aller plus dans le détail là-dessus maintenant, mais je m'efforcerai certainement de répondre à toutes vos questions.

La présidente : Je ne voudrais pas m'éterniser là-dessus, mais il me faut vous dire que la Légion royale canadienne n'est pas le seul intervenant qui ait soulevé cette question avec nous.

Il semble qu'il y ait une perception, fondée ou non, selon laquelle les organismes à but non lucratif qui souhaiteraient construire ce type de logements-services ne parviennent pas à obtenir de financement auprès de la SCHL.

J'aimerais savoir — pas aujourd'hui, mais d'une autre façon — ce que pourrait faire le gouvernement, si la chose est possible, pour que ce financement soit davantage accessible? Y a-t-il une garantie que le gouvernement fédéral pourrait donner de manière à ce que ce type d'assurance soit plus facilement disponible? Comme je l'ai dit, je ne m'attends pas à ce que vous me fournissiez une réponse tout de suite, mais vous pourriez peut-être nous revenir là-dessus et nous dire si la chose est possible?

Mme Darke : Encore une fois, il y a deux éléments qui interviennent ici.

En ce qui concerne l'assurance hypothécaire, si nous pouvions comprendre les préoccupations et les obstacles qu'ont vécu ces groupes, cela nous serait très utile.

Back in 2003, as I said, we introduced a number of flexibilities because we had heard from groups developing affordable housing. They were challenged on a variety of fronts, and the flexibilities were introduced to provide assistance in that regard.

From the perspective of the programs that provide subsidy assistance, these, as I said, are directly delivered for the most part by provinces and territories.

In these cases, it may be that groups are suggesting that they cannot or do not have access to that funding. It is difficult to know why. I do know that there is wide-spread interest in accessing the assistance that is available. The provinces and territories do their best to identify the projects that they will be able to assist. However, to the extent that the interest or demand for funds exceeds the available funding, that may determine whether or not a group is able to access program funding.

Senator Cordy: You have announced extensions for a number of renovation programs at CMHC, ones that Sharon Sholzberg-Gray made mention of in her presentation. That would be the Residential Rehabilitation Assistance Program, RRAP, the Emergency Repair Program, ERP, and the Home Adaptation for Seniors' Independence, HASI. Could you give us the status of those programs currently, and is there extension, does it have a time line on it or is it depending on how many people are going to be accessing them?

Ms. Darke: You are referring to what we call the suite of renovation programs, and it includes the RRAP, with which many people are familiar. You also mentioned the HASI, ERP, and a few others.

Those programs were extended for two years this time last year. Funding for those programs will be in place until March of 2009. CMHC will be going forward to government in 2008 to seek direction on the future of the programs.

Senator Cordy: Would you make a recommendation to the government as to whether or not it should be continued?

Ms. Darke: Yes, we would.

Senator Cordy: We heard a couple of our panellists mention communication: How do seniors find out about programs that are available? This is something that we have heard not just in relation to housing but also in relation to a number of programs that the government offers.

How do we let people, in this case the seniors, know about what they can access? It is a big road map out there with respect to the federal government, and I know as a senator that it is challenging to search for answers to people's questions about what programs are available.

En 2003, comme je le disais, nous avons introduit un certain nombre d'assouplissements car différents groupes qui construisaient des logements abordables étaient entrés en contact avec nous. Ces groupes étaient confrontés à des difficultés sur différents fronts, et si nous avons introduit ces assouplissements, c'était pour leur venir en aide sur ce plan.

Pour ce qui est des programmes de subventionnement, ceux-ci, comme je le disais, sont pour la plupart livrés directement par les provinces et territoires.

Dans ces cas, il se peut que les groupes disent qu'ils n'ont pas pu ou qu'ils ne peuvent pas accéder à ces fonds. Il est difficile de savoir pourquoi. Je sais cependant que les intervenants sont très nombreux à vouloir accéder à l'aide qui est disponible. Les provinces et territoires font de leur mieux pour identifier les projets qu'ils seront en mesure d'appuyer. Cependant, dans la mesure où l'intérêt ou la demande de fonds l'emporte sur l'argent disponible, c'est peut-être cela qui détermine si un groupe pourra ou non accéder au financement.

Le sénateur Cordy : Vous avez annoncé la prolongation d'un certain nombre de programmes de rénovation de la SCHL, et dont Sharon Sholzberg-Gray a fait état dans son exposé. Il s'agirait du Programme d'aide à la remise en état des logements, ou PAREL, du Programme de réparations d'urgence, ou PRU, et du programme Aînés adaptés : Aînés autonomes, ou AAAA. Pourriez-vous nous exposer la situation concernant ces programmes et leur prolongation et nous dire si des délais ont été fixés ou si cela est fonction du nombre de personnes qui vont vouloir en bénéficier?

Mme Darke : Vous parlez de ce que nous appelons la suite des programmes de rénovation, et cela englobe le PAREL, que les gens sont nombreux à connaître. Vous avez également fait mention de l'AAAA, du PRU et de quelques autres.

Ces programmes ont été prolongés de deux ans à cette époque l'an dernier. Le financement pour ces programmes sera en place jusqu'en mars 2009. La SCHL va, en 2008, demander au gouvernement quelle orientation adopter quant à l'avenir de ces programmes.

Le sénateur Cordy : Feriez-vous une recommandation au gouvernement quant à savoir si ces programmes devraient ou non être maintenus?

Mme Darke : Oui.

Le sénateur Cordy : Nous avons entendu plusieurs témoins parler de la communication : comment les aînés prennent-ils connaissance de l'existence des programmes en place? C'est là une chose que nous avons entendue dans le contexte non seulement du logement mais de quantité de programmes qu'offre le gouvernement.

Comment s'y prend-on pour informer les gens, dans ce cas-ci les aînés, de ce à quoi ils peuvent avoir droit? Le gouvernement fédéral est tout un dédale, et je sais, en ma qualité de sénateur, que c'est tout un défi que de chercher des réponses aux questions des gens au sujet des programmes qui sont disponibles.

The information needs to filter down to provincial governments, municipalities, seniors groups, and we had one mention of a seniors' ombudsman. Right now there are so many facets when looking at care for seniors. For a senior to sit down at a telephone or a computer to try to zero in on which department they should be looking at is very challenging.

How do you go about delivering your programs? Can you talk a little bit about the role of the ombudsman?

I believe the legion does a pretty good job of networking through the communities. How do you do it? How do you communicate?

Mr. Allard: A number of initiatives should be looked at, one of which is in Ontario, where there is a single portal to access information on municipal, federal and provincial programs. I believe it was trialed in Brockville. I do not know what the status of that program is at this time, but this is a very good way to communicate.

With respect to an ombudsman, we are also trying to see if we would like to advocate for an ombudsman for seniors or even a bill of rights for seniors. There is another challenge there again, in that many of the regulations pertaining to care of seniors are provincial in nature. How do you look at a national policy that could reach all the seniors across the country? I am sure you are having the same challenge.

Having said that, maybe the solution for an ombudsman is to have a federal ombudsman office with a legislated mandate that would have a number of ombudsmen below its legislated mandate at a secondary tier responsible for certain programs, such as veterans, Canadian Forces, tax payers, seniors.

By putting a legislated mandate on top of that structure, it would give more power to an ombudsman, or an ombudsman office, to achieve its aim.

Mr. MacDonald: My office at the Legion Housing Centre for Excellence tries to coordinate this information and gather it up, so when I go to the branches I deal with across the country, and the commands, I am able to offer them some type of package that takes into consideration all the parameters and such.

It is very difficult for me, and that is what I do. I go to Ontario, for instance, and I find 47 different sets of regulations. I have to be very careful what side of municipal boundary I am on, because the information is not the same, necessarily. Those situations are what make it difficult. Sometimes when I go to a province it is very difficult to find out even what ministry in the province is responsible for the program. Then when I find out what ministry is responsible, it is very difficult to find out what people are responsible for the program.

Les renseignements doivent filtrer jusqu'aux gouvernements provinciaux, aux municipalités et aux groupes d'âinés, et un intervenant a parlé d'un protecteur des âinés. Il intervient aujourd'hui quantité de facettes lorsqu'on se penche sur les soins à assurer aux âinés. C'est tout un défi pour une personne âgée de prendre le téléphone ou de s'asseoir devant son ordinateur pour essayer de déterminer à quel ministère s'adresser.

Comment vous y prenez-vous pour livrer vos programmes? Pourriez-vous nous parler un petit peu du rôle du protecteur?

Je pense que la Légion fait un assez bon travail de réseautage au niveau communautaire. Comment vous y prenez-vous? Comment faites-vous pour communiquer?

M. Allard : Il importerait de passer en revue plusieurs initiatives, dont une qui a été lancée en Ontario, et grâce à laquelle il existe un portail unique pour accéder aux renseignements sur les programmes municipaux, fédéraux et provinciaux. Je pense que c'est à Brockville que l'essai a été mené. J'ignore quel est le statut de ce programme à l'heure actuelle, mais c'est une excellente façon de communiquer.

En ce qui concerne l'idée d'un protecteur, nous tentons également de déterminer si nous aimerions préconiser un protecteur des âinés, voire même une charte des droits pour les âinés. Il existe, là encore, un autre défi, en ce que nombre des règlements concernant les soins à assurer aux âinés sont de nature provinciale. Comment envisagez une politique nationale qui puisse rejoindre tous les âinés de partout au pays? Je suis certain que vous êtes confrontés au même défi.

Cela étant dit, la solution en matière de protecteur serait peut-être d'avoir un bureau fédéral de protecteur, doté d'un mandat prescrit par la loi, et qui aurait sous lui plusieurs protecteurs relevant de lui, à un palier secondaire, et qui seraient responsables de certains programmes, comme par exemple les anciens combattants, les Forces canadiennes, les contribuables, les âinés, et cetera.

En chapeautant cette structure d'un mandat explicité dans la loi, l'ombudsman ou le bureau de l'ombudsman disposerait de plus grands pouvoirs pour servir ses fins.

M. MacDonald : Mon bureau au Centre d'excellence de logement de la Légion s'efforce de coordonner ces renseignements et de les rassembler, de manière à ce que, dans mes relations avec les filiales de tout le pays et les administrations, je puisse leur offrir un tout qui tienne compte de tous les paramètres et ainsi de suite.

Cela est très difficile pour moi, et c'est ce que je fais. Je vais en Ontario, par exemple, et j'y constate 47 jeux de règlements différents. Il me faut surveiller de très près de quel côté d'une frontière municipale je me trouve, car les renseignements ne seront pas forcément les mêmes de part et d'autre. Ce sont ces situations qui rendent les choses difficiles. Parfois, lorsque je me rends dans une province, il m'est très difficile de savoir ne serait-ce que quel ministère dans la province est responsable du programme. Puis, lorsque j'apprends quel ministère est responsable, il est très difficile de savoir quelles personnes sont responsables du programme.

It is something that I do on a daily basis, so I can understand the frustration for people who try occasionally to get information at that level. It must be very difficult because it is difficult for me.

Ms. Hall: My idea for the ombudsman would be to have seniors' ombudsman at the provincial level. Partially, this is based on an American model. I believe almost every state has an elder ombudsman; some more particularly associated with housing, some with a broader mandate of issues that they are to provide information about. All offices are at the state level but have funding from the federal government. That is the model I was looking at.

As I continued in my very interesting consultations with seniors, which taught me a great deal, I became increasingly convinced that this figure, the ombudsman, should have the broader mandate to deal with the whole scope of issues with which seniors are grappling. They may not even know how to make that first step in characterizing the issue — of whether it is a health issue, a housing issue or a financial issue — and then proceeding to find the appropriate person who is going to help them with that.

This idea of the one-stop shop and the high-profile individual and office, which is easily identifiable as the place to go with a problem, just seems so key to me here and for a range of issues.

The Chair: Ms. Darke would you like to reply?

Ms. Darke: Yes, I knew it was coming back to me.

I will try to answer your question in two contexts. The first is related to promoting programs. You talked about the challenge of communicating the availability of programs to seniors. The second context deals more with what my peers have been talking about: how to deal with inquiries and help direct people to the appropriate source of information. That is a little bit different in nature.

I will start with promotion. Canada Mortgage and Housing Corporation directly delivers the renovation programs in some provinces and territories but not in all; in those places where it is our responsibility to promote the availability of the programs to seniors and others who may be interested in benefiting from them. Where provinces and territories deliver, of course promoting programs is one of their areas of responsibility.

In the case of seniors, we have, over time, developed a number of different approaches. You quite rightly point out, it can be a challenge. We have found that trying to ensure that a range of different players are aware of the availability of the programs works best. Health care professionals are one audience that often gets inquiries from seniors about the types of assistance that might be available to them. That is a group we try to make aware of our programs, such as the Home Adaptation for Seniors' Independence. Family and friends are also groups that have

C'est là quelque chose que je vis au quotidien, alors je peux comprendre la frustration des gens qui tentent à l'occasion d'obtenir des renseignements à ce niveau. Ce doit être très difficile pour eux, car c'est difficile pour moi.

Mme Hall : Mon idée en ce qui concerne un ombudsman serait d'avoir un protecteur des aînés au niveau provincial. Cela se fonderait en partie sur le modèle américain. Je pense que presque tous les États américains ont un protecteur des aînés; certains s'occupent davantage de logement et d'autres ont un mandat plus vaste qui les amène à fournir des renseignements sur quantité de choses. Tous les bureaux sont implantés au niveau de l'État mais bénéficient de financement fédéral. Voilà quel modèle j'avais en tête.

Au fil de mes consultations très intéressantes auprès des aînés, et qui m'ont beaucoup appris, j'ai été de plus en plus convaincue que cet intervenant, le protecteur, devrait avoir pour mandat plus vaste de traiter de toute la panoplie de questions avec lesquelles sont aux prises les aînés. Ceux-ci ne savent peut-être même pas comment franchir ce premier pas en caractérisant la question — déterminant s'il s'agit d'une question de santé, d'une question de logement ou d'une question d'ordre financier —, sans parler de trouver la personne qu'il faut pour leur venir en aide.

Cette idée de guichet unique et d'intervenant et de bureau de prestige, facilement identifiable comme étant l'endroit où aller avec un problème, me semble tout simplement essentielle ici, et ce pour toute une gamme de questions.

La présidente : Madame Darke aimeriez-vous réagir?

Mme Darke : Oui, je savais que cela allait me revenir.

Je vais tenter de répondre à votre question dans deux contextes. Le premier concerne la promotion des programmes. Vous avez parlé du défi de la communication de la disponibilité des programmes aux aînés. Le deuxième contexte concerne davantage ce dont mes pairs ont parlé : comment traiter des demandes et comment orienter les gens vers la source d'information appropriée. Ces choses sont de nature quelque peu différente.

Je vais commencer avec la question de la promotion. La Société canadienne d'hypothèques et de logement livre directement les programmes de rénovation dans certaines provinces et certains territoires, mais ce n'est pas le cas partout; dans ces endroits où c'est notre responsabilité de promouvoir la disponibilité des programmes auprès des aînés et d'autres pouvant vouloir en bénéficier, c'est nous qui nous en chargeons. Là où c'est la province ou le territoire qui assure l'exécution, la promotion des programmes relève bien sûr d'eux.

Dans le cas des aînés, nous avons, au fil du temps, élaboré un certain nombre d'approches. Vous avez souligné à très juste titre que cela peut être tout un défi. Nous avons constaté que ce qui fonctionne le mieux c'est essayer de veiller à ce que toute une gamme d'intervenants différents soient au courant de la disponibilité des programmes. Les professionnels des soins de santé sont un auditoire qui reçoit souvent des demandes de la part d'aînés au sujet des genres d'aide pouvant être à leur portée. Il s'agit là d'un groupe que nous nous efforçons de sensibiliser à nos

influence and from whom seniors may seek advice and support. We try to ensure we target some of our promotional efforts to them, and then seniors themselves.

We have a number of methods: We advertise in papers and journals that we think seniors will see; prepare fact sheets and materials and try to ensure they are available in places that seniors frequent; and undertake, from time to time, market research to find out what works best to reach that particular audience. Therefore, there is a range of different approaches.

With respect to dealing with inquiries, as I said, that is a slightly different set of issues. Here, too, we try to take a variety of different approaches. We do work, for example, with and through Service Canada. Service Canada develops a number of guides, summaries of programs available. They have, in the past, put together guides that summarize programs available for seniors, I believe. We always ensure our programs are included as part of that. They have a 1-800 O-Canada number, so we provide scripting, so to speak, to those operators. Therefore, if they get questions on the different programs, they know where to direct them.

CMHC also has a 1-800 number. We get inquiries from a range of different groups, including seniors across the country. Our own staff members manning that 1-800 number also have a script and know where to direct people. If they are inquiring about the renovation program and it is within a province that we deliver, they will refer them to the relevant CMHC contact. Alternatively, if they are asking about the AHI or renovation program where a province or territory delivers, they would have that information as well, and they would be in a position to refer the individual to the appropriate organization.

We have staff across the country in the CMHC Affordable Housing Centre. They are knowledgeable about the different CMHC programs, products and services and also about what the particular province or territory in that area has to offer. Oftentimes they will get calls and inquiries, and they are able to refer individuals to the appropriate point of contact.

Senator Cordy: Mr. Rodriguez, I know you work in policy and research and you talked about one of the examples in your community planning, the fused grid model. Is this just research that you have done or are these things that CMHC is implementing?

Mr. Rodriguez: CMHC has done a substantial amount of research in this regard for the whole Canadian population. We are particularly focusing on the fused grid model to give you an example of how these types of options could work for seniors.

programmes, et je citerais à titre d'exemple le programme Aînés adaptés : Aînés autonomes. Les familles et les amis sont encore d'autres groupes qui exercent une influence et auprès desquels les aînés peuvent rechercher conseils et soutien. Nous nous efforçons de les cibler avec certains de nos efforts de promotion, puis il y a les personnes âgées elles-mêmes.

Nous employons diverses méthodes. Nous faisons passer des annonces dans les journaux et quotidiens dont nous pensons que les aînés les regardent; nous préparons des feuillets d'information et de la documentation, et nous efforçons de veiller à ce qu'ils soient disponibles dans les lieux fréquentés par les aînés; et nous entreprenons de temps à autre des études de marché dans le but de déterminer ce qui fonctionne le mieux pour rejoindre cet auditoire particulier. Il existe donc tout un éventail d'approches différentes.

En ce qui concerne le suivi aux demandes, comme je l'ai dit, il intervient là un ensemble d'éléments légèrement différents. Ici encore, nous nous efforçons de suivre plusieurs approches. Par exemple, nous travaillons avec et par l'intermédiaire de Service Canada. Service Canada produit un certain nombre de guides et de résumés des programmes disponibles. Il a, par le passé, publié des guides résumant les programmes à la disposition des aînés, je pense. Nous nous assurons toujours que nos programmes y figurent. Service Canada a un numéro 1-800 O-Canada, et nous fournissons donc un texte, si vous voulez, aux opérateurs. Ainsi, si on les interroge au sujet de différents programmes, ils savent où renvoyer les gens.

La SCHL a elle aussi un n° 1-800. Nous obtenons des demandes de toute une gamme de groupes, dont des aînés de partout au pays. Nos propres employés qui assurent ce service de n° 1-800 ont eux aussi un script et savent où envoyer les gens. Si la personne se renseigne au sujet du programme de rénovation et qu'elle habite une province où nous livrons ce dernier, alors nous la renvoyons à la personne-contact pertinente à la SCHL. Si elle se renseigne au sujet de l'ILA ou du programme de rénovation dans une province ou un territoire qui en assure l'exécution, alors on lui fournira là encore ces renseignements, et on sera en mesure de renvoyer l'intéressé à l'organisation appropriée.

Nous avons, partout au pays, des employés du Centre de logements abordables de la SCHL. Ces personnes sont très au courant des différents programmes, produits et services de la SCHL ainsi de ce que la province ou le territoire en question a à offrir. Il arrive souvent que nos employés reçoivent des appels et des demandes et ils sont en mesure de renvoyer le demandeur à la personne-ressource appropriée.

Le sénateur Cordy : Monsieur Rodriguez, je sais que vous œuvrez dans le domaine de la politique et de la recherche et vous avez parlé d'un des exemples de votre planification communautaire, l'ilogramme. S'agit-il simplement de choses que vous avez faites ou bien s'agit-il d'initiatives mises en œuvre par la SCHL?

M. Rodriguez : La SCHL a fait un travail de recherche considérable dans ce domaine pour l'ensemble de la population canadienne. Nous nous sommes particulièrement concentrés sur le modèle de l'ilogramme pour vous donner un exemple de la façon dont ces options pourraient fonctionner pour les aînés.

CMHC has worked with several municipalities, and the graphic you have in the deck that we provided to you shows one of the examples that was used by one of the municipalities in Canada. Presently, there are at least three or four municipalities pursuing development of this idea. This has taken a great effort, but we are moving along very well, and we hope in the end this will be a winner.

Senator Cordy: Are these models being implemented?

Mr. Rodriguez: Yes.

Senator Cordy: Where are they being implemented?

Mr. Rodriguez: I forget the name of the municipality north of Mississauga, but we can provide you with the information on the how we have promoted this model across municipalities. That will be something we can do for you.

Senator Keon: Thank you very much. This is truly a fascinating subject. It is very interesting that Ms. Sholzberg-Gray, as she usually does, raises the interface of the public and private sector in health care.

It is interesting, if we flip through the newspapers, they say if we are rich enough, when we get old, we can buy anything we want. We can make one move into one of these luxury developments, and we just move from floor to floor until we turn up our toes, right? Everything is provided.

We should not dismiss that, and we should not be sarcastic about it because it speaks to the genius of the private sector. It is a lot of money, but it does speak to the genius of the private sector. They simply rise above the great Canadian bureaucratic mosaic and build something like this and have it up and running in the course of a year.

The real challenge — and Mr. MacDonald pointed to it very effectively — is the 47 municipalities in Ontario. It seems in every socially related study we undertake in the Senate, the same situation happens. We hit such suffocating bureaucracy that we sort of want to fold up our papers and go home.

This subject, I feel, is one of the most complex of all. It would seem to me — and I would like you all to comment — that this whole area of seniors' care, whether it be in their own home, in a community facility or through building a special community, must get simplified. There may be a dozen options or fewer. If people such as you could look at — as Ms. Hall said — a few options, and then try to address this dilemma through these options.

Senator Carstairs will have to hone down some of these options before our final report comes out, but let me try to get you people one by one. Just go through what options you can look at. Forget for a minute that this may not be affordable at all;

La SCHL a travaillé avec plusieurs municipalités, et le graphique que vous avez dans la documentation que nous vous avons fournie donne l'un des exemples qui a été utilisé par une municipalité canadienne. Il y a à l'heure actuelle trois ou quatre municipalités qui sont en train de poursuivre cette idée. Cela a demandé un effort énorme, mais nous progressons très bien, et nous espérons que la chose va en bout de ligne déboucher.

Le sénateur Cordy : S'agit-il de modèles qui sont en train d'être mis en œuvre?

M. Rodriguez : Oui.

Le sénateur Cordy : Où les met-on en œuvre?

M. Rodriguez : J'oublie le nom de la municipalité au nord de Mississauga, mais nous pourrions vous fournir les renseignements quant à la façon dont nous avons fait la promotion de ce modèle auprès des municipalités. C'est là quelque chose que nous pourrions faire pour vous.

Le sénateur Keon : Merci beaucoup. C'est un sujet tout à fait fascinant. Il est très intéressant que Mme Sholzberg-Gray soulève, comme c'est son habitude, l'interface entre les secteurs public et privé en matière de soins de santé.

Il est intéressant de voir, lorsqu'on parcourt les journaux, qu'on y dit que si une personne est suffisamment riche dans sa vieillesse, alors elle peut acheter tout ce qu'elle veut. Elle peut s'installer dans un de ces projets immobiliers de luxe, et se déplacer d'un étage à l'autre en attendant que ses orteils se recroquevillent, n'est-ce pas? Tout est fourni.

Nous ne devrions pas rejeter cela ni être sarcastiques en la matière, car cela témoigne du génie du secteur privé. C'est beaucoup d'argent, mais cela en dit long sur le génie du secteur privé. Celui-ci s'élève tout simplement au-dessus de la grande mosaïque bureaucratique canadienne et construit quelque chose comme cela et cela tourne au bout d'un an.

Le vrai défi — et M. MacDonald en a très efficacement fait état — ce sont les 47 municipalités de l'Ontario. Il semble que la même chose arrive avec chaque étude à connotation sociale que nous entreprenons au Sénat. Nous nous affrontons à une bureaucratie si suffocante que cela nous donne presque envie de ramasser nos cliques et nos claques et de rentrer chez nous.

Cette question, pour moi, est sans doute l'une des plus complexes qui soient. Il me semble — et j'aimerais que vous tous répondiez — que toute cette question des soins aux aînés, que ce soit chez eux, dans un établissement communautaire ou dans une communauté spéciale que l'on construirait, doit être simplifiée. Il doit exister une douzaine d'options ou moins. Si des gens comme vous pouviez examiner — comme l'a dit Mme Hall — quelques options, vous pourriez ensuite essayer de résoudre ce dilemme au moyen de ces options.

Le sénateur Carstairs devra cerner certaines de ces options avant que ne sorte notre rapport final, mais j'aimerais bien que vous réagissiez les uns après les autres. Parcourez simplement quelles options vous pourriez envisager. Oubliez un instant que la

just talk about what is out there, and then someone can sharpen the pencil and come in with what is affordable.

How can we take care of our seniors, from a housing point of view?

Mr. Hollander: I would basically reiterate some of the points made in my presentation.

We completed a study a few years ago looking at systems of service delivery across the country for people with ongoing care needs, and we found a couple of areas that were fairly interesting. We found that they obviously had need for care on an ongoing basis, so there was a commonality there. We found that, in fact, the services they used were also very similar, so the response was similar.

We found exactly what you are alluding to, which is that there are gaps in service and different policies. To the extent that the various components of services that are appropriate to seniors are seen as separate, we will continue to have the types of issues and problems that have been alluded to because there are issues of eligibility. They may differ, and there may be co-payment issues that are different, for example.

The point that I am trying to argue for is that sometimes the whole can be greater or more efficient than the sum of the parts by having a broad mandate with administrative and fiscal authority for a range of services for seniors. We cannot cover everything. We need to make appropriate linkages with hospitals, primary care physicians and the housing sector.

However, we can have a system of care with a broad community base and a wide range of services that are also integrated horizontally and vertically; that is, the system includes community-based services, long-term care facilities and perhaps some specialty services and geriatric centres. We have had these systems in Canada before, and they have worked reasonably well.

By doing so, you can provide more seamless care because they are all part of the same system. If someone needs the use of an adult daycare centre, a home support service or a nursing service, those would all be managed through a process of case management or care coordination. Similarly, if a senior needs to go from the community to a hospital to a long-term care facility, back to the hospital and so on, these are difficult and important events in seniors' lives, and they can be made much easier with appropriate care coordination.

chose pourrait ne pas du tout être abordable. Parlons simplement de ce qui existe, puis quelqu'un pourra aiguiser son crayon et en arriver à quelque chose d'abordable.

Comment pouvons-nous nous occuper de nos aînés sur le plan du logement?

M. Hollander : Je reprendrais en gros certains des points que j'ai soulevés dans ma déclaration.

Nous avons, il y a quelques années, effectué une étude des systèmes de prestation de services à l'échelle du pays destinées aux personnes ayant des besoins de soins continus, et avons constaté une ou deux choses qui étaient plutôt intéressantes. Nous avons relevé le fait que ces personnes avaient clairement besoin de soins de façon continue, et c'était donc là un élément commun. Nous avons appris, en fait, que les services utilisés étaient eux aussi très semblables, et la réaction était donc semblable.

Nous avons relevé exactement ce que vous avez évoqué, soit qu'il y a un décalage au niveau des services ainsi que des politiques différentes. Dans la mesure où les différentes composantes des services qui sont appropriés pour les aînés sont perçues comme étant distinctes, nous continuerons d'avoir les genres de préoccupations et de problèmes qui ont été évoqués du fait des questions d'admissibilité. Il peut y avoir divergence et il peut y avoir des questions de participation financière différente, par exemple.

Le point de vue que je m'efforce de défendre est que le tout peut parfois être plus grand ou plus efficient que la somme des parties, s'il y a un mandat large prévoyant des responsabilités administratives et financières pour toute une gamme de services destinés aux aînés. Nous ne pouvons pas tout couvrir. Il nous faut établir les liens appropriés avec les hôpitaux, les médecins de premier recours et le secteur du logement.

Cependant, nous pouvons avoir un régime de santé avec une large base communautaire et une vaste gamme de services qui soient également intégrés horizontalement et verticalement; en d'autres termes, le système doit englober les services communautaires, les établissements de soins à long terme et peut-être certains services spécialisés et centres gériatriques. Nous avons déjà eu au Canada de tels systèmes, et ils ont assez bien fonctionné.

Ce faisant, vous pouvez assurer des soins plus harmonisés du fait qu'ils s'inscrivent tous dans le même système. Si une personne a besoin d'un centre de garde de jour pour adultes, d'un service de soutien à domicile ou d'un service infirmier, alors tout cela serait géré par le biais d'un processus de gestion de cas ou de coordination de soins. De la même façon, si un aîné doit se rendre de sa communauté à un hôpital puis à un établissement de soins de longue durée pour retourner à l'hôpital et ainsi de suite, ce sont là des événements difficiles et importants dans la vie de la personne âgée, mais ils peuvent être rendus plus faciles avec une coordination adéquate des soins.

If we have a broad system with good care coordination, we will not completely reduce some of these problems, but certainly our experience is that they can be mitigated considerably. In addition, because we have this broader system, we are able to make policy and financial choices to, in fact, increase efficiencies.

For example, in the early 1980s, we had a severe recession in British Columbia, and the government revenues were simply not there. Once the situation improved, we developed a planning and resource allocation model. The point of this is that what we did, either through necessity or design, was to hold back bed construction and reinvest the funds in the community. On a proportional basis, we were able to look after the same number of people in the mid-1980s as the mid-1990s but in a more effective manner because more of them were being cared for at home at a lower cost.

This is something we seem to have gotten away from in Canada for a variety of reasons. Fortunately, I have had some experience with that system in British Columbia, and I am familiar with similar systems across Canada. There was a lot of commonality between these systems in the late 1980s and early 1990s in Western Canada.

One of my ways of thinking about this is to figure out what population we want to serve, such as seniors or people with disabilities. What is the range of issues they have? Are they health issues, housing issues or social services issues? What is the problem, so to speak? That is, what do they need in order to basically meet the type of care requirements they have? Then we design a system that is responsive to all of that.

My approach would be to look at whether we can get better care and greater efficiencies in the system with some of these more integrated models or with the opportunity for people to discuss them in more depth.

The whole notion of these integrated care models does not seem to be on the policy agenda at the present time, and part of my presentation is to make the case that perhaps they should be.

Ms. Sholzberg-Gray: First, I agree with many of the points that Mr. Hollander put forward. I would like to go back to Dr. Keon's first remarks.

The magic of the private sector facilities that wealthy people can purchase services from is an interesting model, but you rightly said there is only a small percentage of people who can benefit from it. This committee is grappling with trying to serve the needs of the vast majority of people who cannot afford those services. While it seems magical, it is not that magical because most people cannot afford it.

Si nous avons un vaste système assorti d'une bonne coordination des soins, nous n'allons pas forcément régler tous ces problèmes, mais notre expérience nous dit certainement que ceux-ci peuvent être sensiblement amoindris. Par ailleurs, du fait d'être dotés d'un système plus vaste, nous pourrions opérer des choix politiques et financiers tels que nous pourrions en définitive augmenter les économies.

Par exemple, au début des années 1980, nous avons vécu en Colombie-Britannique une grave récession et les revenus gouvernementaux n'étaient tout simplement pas là. Une fois la situation améliorée, nous avons élaboré un modèle de planification et de distribution des ressources. L'important ici est que ce que nous avons fait, par nécessité ou par choix, a été de freiner la construction de lits et de réinvestir dans la collectivité. Sur une base proportionnelle, nous avons pu nous occuper du même nombre de personnes au milieu des années 1980 qu'au milieu des années 1990, mais nous l'avons fait de manière plus efficace car un plus grand nombre d'entre elles se faisaient soigner à la maison à moindre coût.

Il semble que ce soit là quelque chose que nous ayons abandonné au Canada, pour diverses raisons. Malheureusement, j'ai une certaine expérience de ce système en Colombie-Britannique, et je connais des systèmes semblables ailleurs au Canada. Il y avait beaucoup de ressemblances entre ces régimes à la fin des années 1980 et au début des années 1990 dans l'ouest du Canada.

L'une de mes façons de réfléchir à la situation est de déterminer quelle population nous voulons desservir, que ce soit les aînés ou les personnes ayant des déficiences. Quelle est la gamme de problèmes auxquels ces personnes se trouvent confrontées? S'agit-il de problèmes de santé, de problèmes de services sociaux? En gros, quel est le problème, si vous voulez? De quoi ces personnes ont-elles besoin sur le plan soins? Puis il s'agit d'élaborer un système qui fournisse une réponse à tout cela.

Mon approche serait de déterminer si nous pourrions assurer de meilleurs soins et une meilleure efficacité au sein du système avec certains de ces modèles plus intégrés ou en permettant aux gens d'en discuter plus en profondeur.

Toute la notion de ces modèles de soins intégrés ne semble pas figurer à l'heure actuelle au programme politique, et une partie de ma déclaration visait à dire que ce devrait peut-être le cas.

Mme Sholzberg-Gray : Premièrement, je suis d'accord avec M. Hollander sur nombre des points qu'il a mis de l'avant. J'aimerais revenir sur les premières remarques du Dr Keon.

La magie des établissements du secteur privé auprès desquels les personnes fortunées peuvent acheter des services est un modèle intéressant, mais vous avez dit, à juste titre, que ce n'est qu'un faible pourcentage des gens qui peuvent en bénéficier. Le comité s'efforce ici de servir les besoins de la très grande majorité des gens qui n'ont pas les moyens de se payer ces services. Bien que cela puisse sembler magique, ce n'est pas si magique que cela, car les gens ne disposent pas des moyens requis.

Let us look at what we can afford as a country and perhaps ways we can work together to accomplish those things. Certainly, integrated approaches to the whole continuing care side is one of them. I am looking here at the potential role of the federal government.

The federal government, until now, aside from its work through CMHC on housing, has really kept its nose out of continuing care. Remember, the Canada Health Act is acute-care based, but we know the linkages, and I do not need to repeat them.

That is why our association is actively promoting that the federal government enter this continuing care field. It is difficult at a time when people are trying to restrict the future use of spending power. Until that is accomplished, we will not grapple with the bookends in an appropriate way.

Therefore, we have recommended a federal contribution, starting with, for example, \$1 billion a year for a home community and long-term care program that would have certain pan-Canadian objectives. We would not want to micromanage what the provinces do, but the objectives should include integrated approaches to continuing care and an acknowledgment that some parts of this continuing care sector are health services. Health services need to be part of universal funding because they are part of our single payer system. A certain number of them are social services, and they can either have various co-payments associated with them or a social analysis of who ought to get them.

For instance, it is not possible that we can afford as a country to pay — even though it would be terrific — for everyone's housekeeping and snow removal services, which would improve health, just as we cannot buy everyone food in this country, which would also create a better health status. We have to have a social as well as a health analysis in this legislation, which holds out a carrot to provinces to participate in it.

Rather than micromanaging this new continuing care program, we ought to say we want to achieve these objectives: integration, the acknowledgement of social services and an array of one-stop shopping that must be available.

The federal government will have to go into it using the Social Union Framework Agreement, noting that six provinces not constituting necessarily the majority of the population is enough to move the program forward. There can be negotiations and discussions. Again, we need to acknowledge that each province has its own needs and stress general objectives. The idea of pan-Canadian objectives is not a bad approach, with some accountability to achieve those objectives without stating precisely how. Then we would have the array of programs that

Voyons ce que nous pouvons nous permettre financièrement comme pays et de quelle manière nous pourrions peut-être travailler ensemble pour réaliser ces choses. Certes, des approches intégrées pour tout le volet soins continus est une piste. Je songe ici au rôle potentiel du gouvernement fédéral.

Jusqu'ici, le gouvernement fédéral, exception faite de son travail en matière de logement par le biais de la SCHL, est vraiment resté à l'écart des soins continus. N'oubliez pas que la Loi canadienne sur la santé est axée sur les soins actifs, mais nous connaissons les liens qui existent, et il n'est nul besoin pour moi de les répéter.

Voilà pourquoi notre association fait activement la promotion d'un engagement par le gouvernement fédéral dans ce domaine des soins continus. Cela est difficile à une époque où les gens essaient de retreindre l'utilisation future du pouvoir de dépenser. Tant que ce pas n'aura pas été franchi, nous ne pourrions pas installer comme il se doit les supports requis.

Voilà pourquoi nous avons recommandé une contribution fédérale à commencer, par exemple, avec 1 milliard de dollars par an pour un programme de soins à domicile, communautaires et à long terme, qui serait assorti d'objectifs pancanadiens. Nous ne voudrions pas microgérer ce que font les provinces, mais les objectifs devraient englober des approches intégrées en matière de soins continus et une reconnaissance que certains éléments de ce secteur des soins continus sont des services de santé. Les services de santé doivent faire partie du financement universel car ils font partie de notre système de payeur unique. Un certain nombre d'entre eux sont des services sociaux, qui peuvent s'inscrire dans des régimes de contribution financière ou d'analyse sociale quant à ceux qui devraient en bénéficier.

Par exemple, il n'est pas possible pour nous, en tant que pays — même si ce serait formidable — de payer pour tous les services d'entretien ménager et de déneigement de tout le monde, ce qui améliorerait l'état de santé de tout ce monde, tout comme nous ne pouvons pas acheter pour tout le monde dans ce pays de la nourriture, ce qui, là aussi, améliorerait l'état de santé de tout le monde. Il nous faut avoir, dans le cadre de cette loi, une analyse sociale ainsi que sanitaire, ce qui constitue une carotte en vue de la participation des provinces.

Au lieu de microgérer ce nouveau programme de soins continus, nous devrions dire que nous voulons atteindre les objectifs que voici : intégration, reconnaissance des services sociaux et tout un éventail de services offerts par un guichet unique.

Le gouvernement fédéral devra s'y engager en recourant à l'Entente-cadre sur l'union sociale, en soulignant que six provinces, qui ne représentent pas forcément la majorité de la population, suffisent pour que le programme aille de l'avant. Il peut y avoir négociations et discussions. Encore une fois, il nous faut reconnaître que chaque province a ses propres besoins et souligner les objectifs généraux. L'idée d'objectifs pancanadiens n'est pas une mauvaise approche, avec une certaine reddition de comptes en vue de réaliser ces objectifs, sans expliciter comment.

some people get as a result of the social analysis and everybody gets as a result of a health analysis. That is one of our solutions.

Our association strongly supports the Canada Health Act. We have heard many people proposing massive continuing care investments by saying, "Let us put it all into the Canada Health Act." We are saying, "Let us not." Let us have this separate approach that acknowledges the difference between social services and health services and tries to use minimum resources to achieve the best health status for the best possible number of people.

Frankly, in most provinces of this country, there exist regional approaches to organizing ourselves. Many of the provinces group health and social services, so this is not impossible to achieve. There is that regional infrastructure.

In order to achieve access to roughly comparable services to all Canadians, the federal government will need to be involved. Some provinces will not want to take a directed approach. They will say, "Just give me the money, but do not tell me what to do with it." However, if we are simply providing broad program objectives, the provinces may opt in.

You will notice the 2004 First Ministers' Accord on Health Care Renewal contains an acute care home care program. One reason that it is not broader is due to the, correct, I believe, insistence on the part of the federal government that it ought to be first-dollar coverage because it is acute care replacement. However, if we only talk about that coverage, we will not get beyond that to the home support services that keep people aging in place. That is why that debate has to change.

That is the reason we have this type of proposal. We are actually proposing that more federal money be expended. We hope that because it will be expending money on this, things will be better allocated down the road. If we take care of the bookends, the acute care system will be more manageable. We consider this will be the way to go.

There is almost no health system in the world that has a publicly-funded health system that does not include non-acute services and pharmaceuticals in different ways. The time has come to do it, to provide an integrated approach to continuing care across the country.

I hope I am clear on this; we have written about it quite a bit. We do not want to micromanage; we want to be able to achieve common objectives in this country.

The Chair: Before we leave that and go to Senator Stratton, you have identified the fact that the 2004 First Ministers' Accord on Health Care Renewal did have a home care component, as did its predecessor, the 2003 First Ministers' Accord on Health Care

Nous pourrions alors avoir une gamme de programmes dont pourraient bénéficier certains, par suite d'une analyse sociale, et dont tout le monde bénéficierait par suite d'une analyse sanitaire. Voilà l'une de nos solutions.

Notre association appuie fermement la Loi canadienne sur la santé. Nous avons entendu de nombreux intervenants proposer un investissement massif dans les soins continus en disant : « Inscrivons le tout dans la Loi canadienne sur la santé ». Nous, nous disons : « Ne faisons pas cela ». Veillons à ce qu'il y ait une approche distincte qui reconnaisse la différence entre services sociaux et services de santé et qui tente d'utiliser des ressources minimales pour atteindre cet état de santé meilleur pour le plus grand nombre possible de personnes.

Franchement, dans la plupart des provinces du pays, il existe des approches régionales en matière d'organisation. La plupart des provinces regroupent services de santé et services sociaux, alors ce n'est pas impossible à réaliser. Il existe cette infrastructure régionale.

Il faudra, pour offrir un accès à des services plus ou moins comparables à tous les Canadiens, que le gouvernement fédéral intervienne. Certaines provinces ne voudront pas d'une approche directive. Elles diront : « Donnez-nous simplement l'argent, mais ne nous dites pas quoi en faire ». Cependant, si nous livrons simplement des objectifs de programme généraux, il se pourrait que les provinces y adhèrent.

Vous constaterez que l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé de 2004 renferme un programme de soins actifs à domicile. Une raison pour laquelle cela n'est pas plus large est que, sauf erreur de ma part, le gouvernement fédéral a insisté pour que ce soit une couverture au premier dollar, du fait qu'il s'agisse d'une solution de remplacement aux soins de courte durée. Cependant, si nous ne parlons que couverture, nous n'irons pas au-delà des services de soutien à domicile qui permettent aux gens de vieillir sur place. Voilà pourquoi ce débat doit changer.

C'est la raison pour laquelle nous avons ce type de proposition. Nous proposons en vérité que le fédéral dépense davantage d'argent. Nous espérons que, du fait qu'il y consacre de l'argent, les choses soient mieux distribuées au fil du temps. Si nous nous occupons des supports, le système de soins de courte durée sera plus gérable. Nous croyons que ce sera la voie de l'avenir.

Il n'existe dans le monde presque aucun régime de soins de santé public qui n'englobe pas, de diverses façons, services non actifs ainsi que médicaments. Le moment est venu d'aller de l'avant, d'assurer une approche intégrée aux soins continus à l'échelle du pays.

J'espère que je m'exprime clairement en la matière; nous avons abondamment écrit sur le sujet. Nous ne voulons pas microgérer; nous voulons être en mesure de réaliser dans ce pays des objectifs communs.

La présidente : Avant de passer à autre chose et de donner la parole au sénateur Stratton, vous avez souligné le fait que l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé de 2004 comportait une composante soins à domicile, tout

Renewal. My understanding is that very little was accomplished other than to deal with those acute care beds they wanted to free up. Therefore, if they could take the surgical patient off the surgical ward and put him or her at home and spend some home care for that particular person, then that was a good use of the service. What I understand both from you, Ms. Sholzberg-Gray, and from Mr. Hollander is that this is just a small component of the need for home care. A large group of aging people want to age in place but cannot do so if there is not a "basket" of home care services available to them. The accord did not seem to address this.

Ms. Sholzberg-Gray: We need to describe the basket, the objectives and note the differences between the social and health services so that we can find out where co-payments would be needed. I do not know if Mr. Hollander agrees with me about the co-payments. People often buy their own services in this area as well, but it can be agreed upon that the vast majority of Canadians cannot afford to buy those services. They require what the public system will support. We need to find a way to make our dollars stretch. That is why we need a social analysis as well as the health services that are universal.

Mr. Hollander: The tradition in Canada has been different in various jurisdictions. In some jurisdictions, people, with regard to the home support services and, in fact, residential services, may have means tests instead of just income test. A number of provinces have income tests, so co-payments are already in place in many jurisdictions. There are a few jurisdictions with no co-payments. However, given the realities, I have no objection to that. It is consistent with how we have operated in B.C.

I strongly support, first, the need for a renewed consciousness at the federal level of the need for integrated services that are targeted to particular populations, such as the elderly. How services are organized, statistics collected and so on: everything else flows from that. Second, if, in fact, this idea finds favour with this committee and the Government of Canada, then I also strongly agree with Ms. Sholzberg-Gray that the Social Union Framework Agreement may be an ideal model. We have not used it very much in Canada, but it could be a very good vehicle for federal-provincial collaboration in a new initiative with some federal leadership.

Let us not forget that the provinces are already delivering these systems. They have histories of providing care to the elderly with both health and social components. The infrastructure that is in place would benefit greatly from both policy and financial support; that would make a huge difference to the benefit of seniors.

comme son prédécesseur, l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé de 2003. D'après ce que je sais, très peu a été fait autrement que de s'occuper de ces lits pour soins actifs qu'on voulait libérer. En d'autres termes, si l'on pouvait sortir le patient opéré du service de chirurgie, pour le renvoyer chez lui en lui assurant certains soins à domicile, alors c'était une bonne utilisation du service. Ce que je comprends de vos propos à tous les deux, madame Sholzberg-Gray, et monsieur Hollander, est que ce n'est là qu'une toute petite composante des besoins en matière de soins à domicile. Un important groupe de personnes vieillissantes veulent vieillir sur place, mais ne le peuvent pas s'il n'y a pas à leur disposition un « panier » de services de soins à domicile. L'accord ne semblait pas aborder cet aspect.

Mme Sholzberg-Gray : Il nous faut décrire le panier, les objectifs et cerner les différences entre les services sociaux et les services de santé, ce de façon à déterminer où une participation financière par le patient s'imposerait. J'ignore si M. Hollander est d'accord avec moi en ce qui concerne la quote-part. Les gens achètent souvent leurs propres services dans ce domaine également, mais nous convenons que la grande majorité des Canadiens n'ont pas les moyens de s'acheter ces services. Ils requièrent ce que le système public peut appuyer. Il nous faut trouver le moyen de faire plus avec les dollars dont nous disposons. Voilà pourquoi il nous faut une analyse sociale en plus de services de santé qui soient universels.

M. Hollander : La tradition au Canada a été différente selon l'endroit. Dans certaines parties du pays, pour ce qui est des services de soutien à domicile et, en fait, des soins en établissement, il peut y avoir un critère de moyens et pas simplement un critère de revenu. Plusieurs provinces ont des critères de revenu, de telle sorte qu'un système de quote-part est déjà en place dans de nombreux endroits. Il y a en fait peu d'endroits où il n'y a pas de quote-part. Cependant, compte tenu de la réalité, je n'ai aucune objection en la matière. Cela cadre avec la façon dont nous avons fonctionné en Colombie-Britannique.

J'appuie fermement, pour commencer, la nécessité d'une prise de conscience renouvelée au niveau fédéral quant à la nécessité de services intégrés ciblant des populations particulières, notamment les aînés. Tout découle de la façon dont les services sont organisés, les statistiques compilées, et ainsi de suite. Deuxièmement, si, en fait, cette idée jouit d'un accueil favorable de la part du comité et du gouvernement du Canada, alors je me rangerai solidement du côté de Mme Sholzberg-Gray pour dire que l'Entente-cadre sur l'union sociale est peut-être un modèle idéal. Nous ne l'avons pas beaucoup utilisée au Canada, mais ce pourrait être un très bon véhicule pour la collaboration fédérale-provinciale dans le cadre d'une nouvelle initiative jouissant d'un certain leadership fédéral.

N'oublions pas que les provinces livrent déjà ces systèmes. Elles ont une histoire de prestation de soins aux aînés, pour les éléments tant sociaux que de santé. L'infrastructure qui est en place bénéficierait grandement d'un soutien tant politique que financier; cela aurait d'énormes ramifications pour ce qui est des avantages dont bénéficient les aînés.

Therefore, it is this consciousness about the need for such a system, and the mechanism to make it happen in Canada that I would agree would be the Social Union Framework Agreement.

Senator Stratton: Thank you. It has been quite an interesting presentation on all your parts.

The Standing Senate Committee on National Finance met last week concerning the Canadian Pension Plan, people's access to it and the ability of seniors to be aware of CPP.

The minister for seniors has put in place a program over the last year whereby they are trying to identify particulars and take it down to the local level. In other words, they actually send people from CPP into seniors' housing projects to educate people about available programs because many of them unaware. However, those numbers are diminishing as we progress through this.

I would be interested to hear from you about whether you feel we should be doing a similar case scenario for seniors. I have known family members, friends, et cetera, who are not aware of their options; they grow older, and their families do not know what their options are. You say that you can send letters and advertise, but that does not work necessarily. Therefore, how do you get to those seniors to tell them what is available to them by way of home care? How do you communicate directly with individuals? That is critical, and needs to take place.

Ms. Hall: I have thought about this a great deal because I feel this is a key issue. I was attracted to the idea of the high-profile, one-stop shop, identified as the place that seniors go with their inquiries, perhaps similar to an ombudsman office. In addition, a high-profile advertising campaign is needed — signs on the sides of buses, signs on those little placards inside buses, television spots and so on — advertising that this office exists with a 1-800 number, similar to the kids help line, for seniors to phone with any inquiries. That is really the only way to get this information out.

Frankly, the people who need it the most are not the active, engaged, involved seniors who show up at seniors centres and go to the presentations given by me about supportive housing. Those individuals would probably be able to find that information themselves in some other way. Therefore, in my opinion, placing information in newspapers, on the sides of buses, inside buses, on television in this very public way is how to go about it.

Ms. Sholzberg-Gray: That is the correct approach provided we have all the programs in place. I have a caution here: My association gets many calls from seniors who ask about their entitlements as residents of Ontario. I tell them that they are entitled to health care in hospitals and physician care; that they

Partant, ce sont cette prise de conscience quant à la nécessité d'un tel système et le mécanisme pour que la chose puisse se réaliser au Canada qui seraient l'expression, j'en conviens, de l'Entente-cadre sur l'union sociale.

Le sénateur Stratton : Merci. Vos exposés à vous tous ont été très intéressants.

Le Comité sénatorial permanent des finances nationales s'est réuni la semaine dernière pour se pencher sur le Régime de pensions du Canada, l'accès qu'y ont les gens et la capacité des aînés d'être au courant du RPC.

Le ministre responsable des aînés a au cours de l'année écoulée instauré un programme en vertu duquel on essaie d'identifier des éléments spécifiques pour ramener les choses au niveau local. En d'autres termes, on envoie véritablement des gens du RPC dans des ensembles de logements pour aînés pour y renseigner les gens au sujet des programmes disponibles, car nombre d'entre eux ne sont pas au courant. Cependant, ces chiffres diminuent au fil du temps.

Cela m'intéresserait de vous entendre dire si vous estimez que nous devrions mettre en œuvre un scénario semblable pour les aînés. J'ai connu des parents, amis et ainsi de suite qui ne sont pas au courant des options qui s'offrent à eux; ils vieillissent, et leurs familles ne sont pas au courant des options à leur disposition. Vous dites que vous pourriez envoyer des lettres et faire de la publicité, mais cela ne fonctionne pas nécessairement. En conséquence, comment pouvez-vous joindre ces aînés pour leur dire ce qui est à leur disposition sur le plan des soins à domicile? Comment communiquer directement avec les gens? Cela est essentiel et doit se faire.

Mme Hall : J'ai beaucoup réfléchi à cette question, car j'estime qu'elle est essentielle. J'ai été séduite par l'idée d'un guichet unique bien en vue, identifié comme étant l'endroit où aller avec les demandes d'aînés, quelque chose qui ressemblerait un petit peu à un bureau d'ombudsman. Il importerait par ailleurs que soit menée une vaste campagne publicitaire — avec panneaux publicitaires sur les autobus, affiches publicitaires à l'intérieur des autobus, spots à la télévision et ainsi de suite — annonçant qu'il existe tel bureau avec un n° 1-800, semblable aux lignes Jeunesse J'écoute, pour que les aînés puissent poser leurs questions par téléphone. C'est vraiment là la seule façon de diffuser ces renseignements.

Franchement, les personnes qui en ont le plus besoin ne sont pas les aînés actifs, engagés et intéressés, qui se présentent au centre pour personnes âgées et qui assistent aux présentations que je donne au sujet du logement en milieu de soutien. Ces gens-là seraient sans doute en mesure d'obtenir par eux-mêmes ces renseignements d'une autre façon. C'est pourquoi, selon moi, la meilleure façon de procéder est de fournir les renseignements dans les journaux, sur l'extérieur des autobus, à l'intérieur des autobus, et à la télévision, de façon très publique.

Mme Sholzberg-Gray : C'est là la bonne approche à condition que tous les programmes soient bien en place. J'aurais ici une mise en garde à faire : mon association reçoit de nombreux appels d'aînés qui demandent quels sont leurs droits en tant que résident de l'Ontario. Je leur dis qu'ils ont droit à des services de soins de

might wait a little longer than desired, but the entitlement is there. As to other entitlements, that is dependent upon the region in which they live. Perhaps the community care access centre in that area ran out of money; they will not get home support in that instance. Maybe they do not even have enough for their acute care replacement home care. If there is a consistent approach to CMHC across the country, seniors might be able to approach them about what is available and get some of the information on programs for home adaptation and such.

That is the type of answer I have to give. I do not know who this brilliant person is who would know for a fact what people would be entitled to. These programs are called entitlements in the United States. When I have heard people ask these types of questions, I have told them that I did not know; it is dependent on a number of factors. In the absence of any common objectives or objectives even for those types of services, that is one of our challenges; we are not 100 per cent sure of the facts.

Yes, there is a need for more information, but the more information and the more publicity, the more problems possible. I fear, for instance, that the CMHC program on adaptation and emergency repairs will only operate for another year — although maybe it will continue. If everybody who could use it knew about it, you probably would not have enough money for more than the first two weeks of any year. That is another issue; whether the resources are sufficient.

I am only putting that caveat there. We need more information, but we first have to know what we are informing people about.

Senator Stratton: Should not the senior have the right to know what is available regardless? I have a very dear old friend who is a loner. He lives by himself; he does not connect or click. How does that person get involved?

Although you do not know for sure what he is entitled to, there is still the problem of how you get to him. Right now, it is not happening. How do we develop a system to help that take place?

Mr. Rodriguez: I will give you some comments on what I have seen happen in communities. For example, in Lambton County, Ontario, seniors themselves developed a community centre. They shared with me that seniors are the best route to access senior services because they know each other in the community and talk to each other. Sometimes, it is possible to develop a network that reaches everyone in the community.

In this case, they developed a service centre where the services are provided by seniors themselves. They are people who have retired, who have been carpenters or electricians and so on, and

santé en milieu hospitalier et à des soins médicaux, qu'ils auront peut-être à attendre un peu plus longtemps qu'ils ne le souhaiteraient, mais qu'ils ont droit à ces services. Pour ce qui est de leurs autres droits, tout dépend de la région où ils vivent. Peut-être que le centre d'accès aux soins communautaires a épuisé ses fonds, auquel cas ces personnes ne bénéficieront pas de soutien à domicile. Peut-être qu'il n'y a même pas assez d'argent pour les soins à domicile en remplacement de soins actifs. S'il y avait à l'échelle du pays une approche uniforme en ce qui concerne la SCHL, les aînés pourraient peut-être aborder la Société pour se renseigner sur ce qui est disponible et obtenir des renseignements sur les programmes d'adaptation du domicile et ainsi de suite.

Voilà le genre de réponse qu'il me faut donner. J'ignore qui est cette personne brillante qui saurait parfaitement ce à quoi les gens auraient droit. Ces programmes s'appellent des « droits » aux États-Unis. Lorsque les gens me posent ce genre de questions, je leur dis que je ne sais pas; cela dépend de plusieurs facteurs. En l'absence d'objectifs communs, voire même d'objectifs, ne serait-ce que pour ces types de services, il s'agit là de l'un de nos défis; nous ne sommes pas certains à 100 p. 100 des faits.

Oui, les gens ont besoin de plus de renseignements, mais plus il y a de renseignements et de publicité, plus il y a des risques de problèmes. Ma crainte, par exemple, est que le programme de la SCHL en matière d'adaptation de domicile et de réparations d'urgence ne soit en place que pendant une année encore — bien qu'il puisse être maintenu. Si toutes les personnes pouvant en bénéficier étaient au courant de son existence, vous n'auriez sans doute plus d'argent dans la caisse au bout des deux premières semaines de l'année. C'est là une autre question encore : les ressources sont-elles suffisantes?

Je fais simplement cette mise en garde. Il nous faut plus de renseignements, mais il nous faut d'abord savoir ce sur quoi nous renseignons les gens.

Le sénateur Stratton : La personne âgée ne devrait-elle pas avoir le droit de savoir ce qui est disponible, peu importe le reste? J'ai un très cher et vieil ami qui est un grand solitaire. Il vit seul; il n'est ni câblé, ni connecté. Comment une telle personne peut-elle participer?

Même si vous ne savez pas de façon précise à quoi elle a droit, il demeure le problème de savoir comment la joindre. À l'heure actuelle, cela ne se fait pas. Comment faire pour mettre en place un système qui permette cette communication?

M. Rodriguez : Je vais vous parler un petit peu de ce que j'ai constaté dans certaines localités. Par exemple, dans le comté de Lambton, en Ontario, les aînés eux-mêmes ont créé un centre communautaire. Ils m'ont confié que les aînés sont le meilleur véhicule pour accéder aux services pour personnes âgées car ils se connaissent tous au sein de la collectivité et se parlent entre eux. Il est parfois possible de créer un réseau qui rejoigne tout le monde au sein de la collectivité.

Dans le cas dont je vous parle, ils ont créé un centre de services où les services sont fournis par les aînés eux-mêmes. Ce sont des personnes à la retraite qui étaient autrefois menuisiers ou

they provide all types of services. It is affordable for the people in the community because the volunteers do the work themselves.

It is an opportunity for seniors to participate in a process and to make sure that all seniors in the community know what is available to them.

Senator Stratton: I still want to know how you get to that guy I was talking about.

Mr. MacDonald: I would like to comment on what Ms. Hall said, which is a very positive step. However, I see that as evolving, a work in motion. Hand in hand with that, we have two other components. One is that when seniors call whoever they call, that person has to have the information.

The Chair: They have to be at the end of the phone as well.

Mr. MacDonald: Yes, it is very difficult now, unless you have 11 fingers, to talk to somebody in real life. They have to be at the end of the phone and have that information.

The second component is the evolving part that I see. Right now, we have a situation where there is a myriad of information out there. It is very difficult sometimes to pull it all together. As part of that piece, in the long run, we should go back to that simplification idea, where we develop a national entity so that the information gets less complicated over time. When seniors call that person, they have to be able to tell them what they need to know whether they call from Alberta, Newfoundland or from my province of Prince Edward Island; that information should be relatively consistent wherever they are in the country. That is the problem we are having now.

Therefore, one part of the problem is accessing the information, and the second part of the problem is accessing the correct information. The third part is actually using that information, wherever one is in the country, to get whatever services are available. That is difficult also.

If we go back to what Professor Hall said, that is the ideal piece, but it is an evolving one. In order for that to work, it has to work hand in hand with simplifying the information over time in order for it to be accurate and consistent.

Ms. Hall: To making the information available is the first step to lead to this process that you are talking about.

Mr. MacDonald: Exactly; that is right.

Ms. Hall: It is probably true that a level of confusion exists among the people who theoretically are supposed to be providing the information. There is likely a lack of clarity among them about exactly what is available and what the different levels and chains are. That would need to be dealt with if there was a requirement to provide this information to people who were on

électriciens ou autres, et ils offrent quantité de services différents. Les services sont abordables pour les membres de la collectivité car les bénévoles font le travail eux-mêmes.

Cela offre aux aînés la possibilité de participer au processus et de veiller à ce que toutes les personnes âgées de la collectivité soient au courant de ce qui est à leur disposition.

Le sénateur Stratton : J'aimerais toujours savoir comment vous faites pour joindre ce type dont je vous parlais.

M. MacDonald : J'aimerais revenir sur ce qu'a dit Mme Hall, qui est un pas très positif. Cependant, j'y vois un processus en évolution, en mouvance. Et cela doit fonctionner main dans la main avec deux autres éléments. Un de ces éléments est que lorsqu'un aîné appelle tel ou tel intervenant, la personne doit avoir ces renseignements.

La présidente : Elle doit également être à l'autre bout du fil.

M. MacDonald : Oui, il est aujourd'hui très difficile, à moins d'avoir 11 doigts, de parler avec une personne en chair et en os. Il faut que cette personne soit à l'autre bout du fil et qu'elle possède les renseignements requis.

Le deuxième élément est la partie en évolution que je vois. À l'heure actuelle, nous avons une situation telle qu'il existe une multitude d'informations. Il est parfois très difficile de réunir tout cela. Dans ce contexte, à long terme, nous devrions revenir à cette idée de simplifier les choses, en créant une entité nationale telle que l'information devienne moins complexe au fil du temps. Lorsque les aînés appellent cette personne, il lui faut leur dire ce qu'ils ont besoin de savoir, qu'ils appellent depuis l'Alberta, Terre-Neuve ou ma province, l'Île-du-Prince-Édouard; tous ces renseignements devraient être plus ou moins les mêmes où que ces personnes se trouvent au pays. Voilà le problème que nous avons à l'heure actuelle.

En conséquence, une partie du problème est l'accès à l'information, et la deuxième partie du problème est l'accès aux bonnes informations. La troisième partie est en fait l'utilisation de cette information, où qu'on se trouve dans le pays, pour obtenir les services, quels qu'ils soient, qui sont disponibles. Cela aussi est difficile.

Pour revenir à ce que disait Mme Hall, c'est là le morceau qui est idéal, mais il s'agit d'une chose en évolution. Pour que cela fonctionne, il faut que cela aille de pair avec la simplification de l'information au fil du temps afin que celle-ci soit juste et uniforme à l'échelle du pays.

Mme Hall : Faire en sorte que l'information soit disponible est la première étape pour aboutir à ce processus dont vous parlez.

M. MacDonald : Exactement; c'est tout à fait cela.

Mme Hall : Il est sans doute vrai qu'il existe une certaine confusion chez les personnes qui, théoriquement, sont censées fournir l'information. Il y a sans doute chez elles un manque de clarté quant à ce qui est disponible et quant aux différents niveaux et circuits. Il importerait de régler ce problème s'il était exigé que ces renseignements soient fournis aux personnes à l'autre bout du

the other end of the phone. The difficult process of clarification will not take place without a prod; that is the way in which this process will flow.

[Translation]

Senator Chaput: I am making no announcement in saying that we have a multitude of associations, societies, committees and different levels of government that are concerned about the implications of aging, especially because of the health-related costs. Our committee is studying the implications of an aging population and is trying, with the help of the witnesses we welcome before us, to look at everything that is going on within this sector. I believe — and this is my personal opinion — that we sometimes devote so much energy to ensuring that we have programs aimed at reducing health care costs — programs for the elderly — that we neglect to look at the means used to inform these people about such programs.

I would like to use a typical case, that I am rather familiar with, and go over the last 15 years in the life of a couple in order to demonstrate the weaknesses of the system as it now exists. I will not be telling you anything that you do not already know at least as well if not better than myself. Let us take a couple in their eighties in the year 2007; they are aged 85 and 86 years respectively and they have a total annual income of approximately \$25,000. The gentleman comes from a rural environment — he was a farmer — and his wife stayed at home to raise their children; she therefore was never part of the labour force. They still live in their home and wish to remain there. With the help of their children, they were able to identify the programs they required in order to adapt their old home so as to make it accessible and safe. Then, one day, the wife broke her hip and suffered a stroke. When she returned home, she required home care. Some services were provided during the first months and they were sufficient because the children were lending a hand as well. In 2006, the roof of the house began to leak and had to be repaired. When I went to visit them, I asked the husband: “Was it expensive?” and his answer was: “Yes, \$5,000. I thought I would be reimbursed, but they refused.” I then asked: “Where will you get the money?” and he said: “Do not worry, we always manage to find money somewhere.”

The offers of credit cards that the elderly receive in the mail are absolutely unbelievable. There have been times when I have seen four different such offers on his table. I was wondering if he was going to take out another credit card or ask for a loan in order to cover the renovations. The protection of the elderly is a concern for me: who is there to protect them when at some point in their lives they become vulnerable, they do not have enough money and they make decisions that they perhaps would not have made when they were 65 years old?

There is also the matter of how these people who continue living at home get about, and this is very important for their continued independence.

Getting back to this couple that has an income of \$25,000, they live in a small rural community, and the husband still drives his car to go shopping, to go to the post office, to go to church, to go to the club, to go and see the doctor, 10 or 15 minutes away. This

fil. Le difficile processus de clarification ne viendra pas sans qu'il y ait une incitation; c'est ainsi que ce processus sera enclenché.

[Français]

Le sénateur Chaput : Je ne vous annonce rien en disant que nous avons une multitude d'associations, de sociétés, de comités et différents niveaux de gouvernement qui sont préoccupés par l'incidence du vieillissement, surtout à cause des coûts reliés au domaine de la santé. Notre comité se penche sur l'incidence du vieillissement et essaie de regarder, avec l'aide des témoins que nous recevons, tout ce qui se passe dans ce secteur. Je pense — et c'est mon opinion personnelle — que quelquefois, nous mettons tellement d'énergie à nous assurer d'avoir des programmes pour abaisser les coûts dans le domaine de la santé — des programmes pour les personnes âgées —, que nous négligeons de regarder les moyens utilisés pour leur communiquer ces programmes.

J'aimerais me servir d'un cas typique, que je connais assez bien, et repasser les derniers 15 ans de la vie d'un couple pour vous démontrer où sont les faiblesses du système en place. Je ne vous annonce rien, vous le savez déjà, autant sinon plus que moi. Prenons un couple de 85 ans en 2007; ils ont 85 ans et 86 ans et ils ont un revenu total d'environ 25 000 \$ par année. L'homme vient du milieu rural — il était fermier — et la dame restait à la maison pour élever les enfants; elle n'a donc jamais été sur le marché du travail. Ils veulent demeurer et ils demeurent toujours à la maison. Avec l'aide des enfants, ils ont pu identifier les programmes nécessaires pour modifier leur vieille maison afin de la rendre accessible et sécuritaire. Ensuite est arrivé un incident où la dame s'est cassée la hanche et elle a eu un accident cérébral. Lorsqu'elle est revenue à la maison, elle a eu besoin de soins à domicile. Certains services ont été donnés durant les premiers mois et c'était suffisant parce que leurs enfants les aidaient aussi. En 2006, le toit de la maison a coulé et ils ont dû le faire réparer. Lorsque je suis allée les visiter, j'ai demandé à l'homme : « Cela vous a coûté cher? » Il a dit : « Oui, 5000 \$. Je pensais être repayé, mais ils ont refusé. » J'ai alors demandé : « Où allez-vous prendre l'argent? » Il m'a dit : « Inquiète-toi pas, ça se trouve tout le temps. »

C'est incroyable de voir les offres de cartes de crédit que reçoivent les personnes âgées dans leur courrier. J'ai déjà vu quatre offres différentes sur sa table. Je me suis demandé s'il était prêt pour prendre une autre carte de crédit ou s'il utiliserait un prêt pour renovations. La protection des personnes âgées me préoccupe; qui les protège lorsqu'à un moment donné, dans la vie, ils sont vulnérables, qu'ils n'ont pas suffisamment d'argent et qu'ils prennent peut-être des décisions qu'ils n'auraient peut-être pas prises lorsqu'ils avaient 65 ans?

Il y a également la question des déplacements de ces personnes, qui demeurent à la maison, qui est très importante afin qu'ils puissent garder leur indépendance.

Encore une fois, ce couple qui reçoit 25 000 \$, habite une petite communauté rurale, le monsieur conduit encore sa voiture pour faire ses courses, aller à la poste, à l'église, au club, voir le médecin, 10 à 15 minutes. Cela devient le réseau de vie. Cette

becomes a life network. The last time I went for a visit, he asked me why, given that senator Carstairs' committee was studying aging, we would not discuss an issue that is very specific to them, to 85 year olds, who still drive for their little daily errands, within a 10 or 15 minute radius, during daylight only — they do not drive in the dark because they do not see clearly enough — and as long as it is not in the middle of a snow storm? And even though they do not use their car very much, they still must pay automobile insurance like everybody else, and it costs them \$1,000, which is a lot for them.

Everyone probably knows of at least one similar case. I am wondering why we could not implement some policies, at whatever level, to ensure that these people, who truly wish to continue living at home, receive assistance where they really need it at this stage of their lives and not necessarily on the basis of programs. Because if things were simply to continue on like this, this couple will be able to die at home. This is a challenge I throw out to you.

Mr. Allard: There just might be a solution, at little cost. I am familiar with the research done by Mr. Hollander and other researchers who have been able to establish that the housing costs for an elderly person in a long term care facility are probably double what they would be if the person were allowed to stay at home as long as he or she were able to do so.

If, nationally, there were put in place an independence program for the elderly, that would allow them to provide for themselves in their home, without them having to be transferred to a long term care institution, it would be much more economical for the government, be it provincial or federal.

There already exists such a program for veterans — the Veterans Independence Program, or VIP — and I believe that a similar program aimed at Canada's seniors would be a good thing.

I also very much like the scenario that you described with regard to communicating with the elderly. We must be able to communicate with them in order to understand their problems and what solutions there are.

Senator Chaput: I find the idea of an ombudsman very interesting. The elderly become more vulnerable and if they need help, they will perhaps speak more freely to an ombudsman than to their children. It is not easy for a father to have to tell his children that he is just no longer able to cope.

Mr. Allard: I agree with that suggestion. The only problem I see is that there might be a proliferation of ombudsmen. If we could create an office of the ombudsman to overarch them, with a very clear legislative mandate giving them authority to carry out investigations, with junior ombudsmen working underneath the general umbrella, then these people would be able to carry out the necessary investigative work.

personne me demandait, la dernière fois que je l'ai visitée, pourquoi, puisque le comité du sénateur Carstairs se penche sur le vieillissement, ne discuterions-nous pas de quelque chose de spécifique pour eux, les personnes âgées de 85 ans, qui conduisent encore seulement pour effectuer leurs petits déplacements quotidiens, dans un rayon de 10 ou 15 minutes, le jour seulement — ils ne conduisent pas le soir parce qu'ils ne voient pas assez clair —, quand il n'y a pas de tempête? Et même s'ils n'utilisent pas beaucoup leur voiture, ils doivent quand même payer une assurance automobile comme tout le monde, qui leur coûte 1 000 \$, ce qui est beaucoup pour eux.

Tout le monde a probablement vu un cas comme celui-là. Je me demande comment on peut en arriver avec des politiques à un niveau quelconque pour s'assurer que ces gens, qui veulent vraiment demeurer à la maison, reçoivent de l'aide là où ils en ont réellement besoin à cette étape de leur vie et non nécessairement en fonction de programmes. Parce que si cela continue ainsi, ce couple pourra mourir à la maison. Je vous lance le défi.

M. Allard : Il existe peut-être une solution disponible à peu de frais. Je suis conscient des recherches faites par M. Hollander et d'autres chercheurs qui établissent que les frais d'hébergement pour les personnes âgées dans un établissement de soins de longue durée sont probablement le double que ce que cela coûterait de leur permettre de rester à la maison tant qu'ils en sont capables.

Si, à l'échelle nationale, on pouvait mettre en place un programme d'indépendance pour les personnes âgées, qui leur permettrait de subvenir à leurs besoins dans leur logement principal, sans avoir le besoin de les héberger dans des endroits de soins de longue durée, ce serait beaucoup plus économique pour le gouvernement, que ce soit aux niveaux provincial ou fédéral.

Il existe déjà un programme en place pour les anciens combattants — le PAAC, le programme pour l'autonomie des anciens combattants — et je pense qu'un programme semblable pour tous les aînés canadiens serait une bonne chose.

J'aime beaucoup aussi le scénario que vous avez décrit pour ce qui est de communiquer avec les personnes âgées. Il faut pouvoir communiquer avec eux afin que les gens comprennent leurs problèmes et quelles en sont les solutions.

Le sénateur Chaput : Je trouve la question d'un ombudsman très intéressante. Une personne âgée devient plus vulnérable et si elle a besoin d'aide, elle parlera peut-être plus librement à un ombudsman qu'à ses enfants. Ce n'est pas facile pour un père d'avoir à dire à ses enfants qu'il n'y arrive plus.

M. Allard : Je suis d'accord avec cette suggestion. Le seul problème que je vois c'est qu'il y a peut-être une prolifération d'ombudsmans. Si on pouvait créer un bureau de l'ombudsman pour les chapeauter, avec un mandat législatif très clair, qui leur donnerait le pouvoir de faire des investigations, avec des subalternes sous le chapeau principal, ces gens pourraient faire les enquêtes nécessaires.

When we study seniors' needs, our concern is not just with health-related matters; there are also their finances and federal subsidy programs, such as Old Age Security and the Canada Pension Plan. It would be logical that an Office of the Ombudsman be able to look into those things that have an impact on seniors.

[English]

The Chair: I will put a question concerning an issue that has become increasingly bothersome to me.

A number of people are aging who have been extremely independent all of their lives. They have lived on their own for the most part. They may have lived with families, and when the partner died and the children grew up, they continued along the same path. The children are very concerned because the parent is truly failing — mentally alert but physically significantly incapacitated. The children want to put the parent in a long-term care facility, but they meet with determined resistance from the parent.

How will we deal with those people? What is their right to personal autonomy? Can they insist on remaining in their homes even though those around them feel they need more care than is available to them? Will we protect their autonomy and allow them to remain in place if that is what they want to do, or will we, as a community, insist they move to a place where they can receive the help they need?

We are just beginning to look at this growing issue. Does anyone care to comment?

Ms. Sholzberg-Gray: First, it is clear that the vast majority of frail elderly who go into long-term care facilities have problems of dementia, which lead to placement in a facility because they are not in the best position to make decisions about their safety and care. Combinations of ailments occur when there is dementia, such as incontinence. People diagnosed with dementia cannot stay alone for 20 hours each day, assuming they can get assistance for four hours each day. However, there are not that many home care programs that will give four hours per day to maintain people's health. Rather, they will give one or two hours per day or a certain number of hours per week or month. Such people might have to be placed in care facilities to ensure their safety, but I would still try to give them the right to choose.

Then, there is the issue of these ongoing obligations on the elders' children; many work, raise their own children or have children in university. To make them take care of their elderly

Lorsqu'on examine les besoins des aînés, on n'est pas seulement concernés par des sujets comme la santé, mais aussi par les finances ou les programmes fédéraux en place pour les subventions, tels que la Sécurité de la vieillesse et le Régime de pensions du Canada. Il serait logique que le Bureau de l'ombudsman puisse examiner les choses qui ont des conséquences pour les personnes âgées.

[Traduction]

La présidente : Je vais poser une question au sujet d'une chose qui me préoccupe de plus en plus.

Des personnes qui ont été extrêmement indépendantes tout au long de leur vie sont en train de vieillir. Elles ont, pour la plupart, vécu de façon autonome. Elles ont peut-être vécu avec une famille, et lorsque le conjoint est mort et que les enfants sont partis, elles ont poursuivi le même chemin. Les enfants sont très inquiets car le parent commence vraiment à décliner — il est mentalement alerte, mais physiquement, il est très diminué. Les enfants veulent confier le parent à un établissement de soins de longue durée, mais le parent résiste avec détermination.

Qu'allons-nous faire pour ces gens? Quel est leur droit à une autonomie personnelle? Ces personnes peuvent-elles insister pour demeurer chez elles même si les membres de leur entourage estiment qu'elles ont besoin de plus de soins que ce qui est à leur disposition? Allons-nous protéger leur autonomie et leur permettre de demeurer chez elles si c'est ce qu'elles souhaitent, ou bien allons-nous, en tant que communauté, exiger qu'elles aillent s'installer dans un endroit où elles pourront recevoir l'aide dont elles ont besoin?

Nous commençons tout juste à nous pencher sur cette question, qui prend de plus en plus d'ampleur. L'un d'entre vous pourrait-il répondre?

Mme Sholzberg-Gray : Premièrement, il est clair que la grande majorité des aînés frères qui vont dans des établissements de soins de longue durée souffrent de problèmes de démence, qui étaient à l'origine de leur placement en établissement, car ces personnes ne sont pas les mieux placées pour prendre des décisions relatives à leur sécurité et à leurs soins. Lorsqu'il y a démence, il se présente des combinaisons de problèmes différents, comme par exemple l'incontinence. Les personnes chez qui on diagnostique la démence ne peuvent pas rester seules chaque jour pendant 20 heures, à supposer qu'elles obtiennent de l'aide quatre heures par jour. Cependant, il n'existe pas tant de programmes de soins à domicile que cela qui offrent quatre heures par jour pour maintenir l'état de santé des bénéficiaires. La plupart de ces programmes prévoient plutôt une ou deux heures par jour ou x heures par semaine ou par mois. Il faudra peut-être que ces personnes soient renvoyées dans des établissements de soins pour assurer leur sécurité, mais j'essaierais néanmoins de leur accorder le droit de choisir.

Puis, il y a la question de ces obligations continues pour les enfants des aînés. Nombre d'entre eux travaillent, élèvent leurs propres enfants ou ont des enfants à l'université. Les obliger à

parent by buying the groceries, changing the bedding, doing the laundry and many other chores places an unfair burden on them.

However, many children in this country do just that. The number of hours that family caregivers provide is unbelievable. The health system could never afford to compensate them for those hours. However, they can afford to and must give these family caregivers some relief in the form of very flexible respite. We cannot tell people, when they are in an urgent situation, that four months from now they might be able to find a way of getting help for their parents. Programs have to be flexible because someone might need the help sooner rather than later. Flexibility will be an important element of those programs.

If federal money is to fund any such programs one day soon, then one of the objectives with home, community and long-term care ought to be that as long as the total cost is less than the cost to the government of a long-term care facility, then people ought to have the right to remain independent.

It would be very difficult for people to say that they have the right to live independently in their homes even if it cost \$10,000 per month — unless, of course, if they have that amount of money per month. A good rule of thumb to follow would be that the cost has to be cheaper to remain in the home than to enter a long-term care facility. However, dignity, choice and independence ought to be values incorporated into any legislation. However, how to fund it without placing unbelievable burdens on families needs to be addressed.

Mr. Hollander: My point is that in some ways the system is the solution. If we have separate budgets and administrations for the home care program and the residential care program, we are stuck with the available resources. If we combine them into a broader system, we can make trade-offs.

Some jurisdictions have a rule of thumb — I do not believe it is a formal policy — that is consistent with Ms. Sholzberg-Gray's comments. That is, try to keep patients in the home as long as it does not cost more than in a facility.

When I was responsible for the continuing care system in British Columbia in the mid-1980s, that was an approach we used. We had budget constraints and could not provide everything. However, dependent upon compassionate grounds, we sometimes even exceeded that rate.

Creating greater efficiencies and getting better value for money are significant points. If we can get better value for money, we then have excess funds that could be used for the type of

assumer les soins pour leurs parents âgés en faisant les courses d'alimentation, en changeant la literie, en faisant la lessive et de nombreuses autres tâches ménagères leur impose un fardeau injuste.

Or, c'est ce que font de nombreux enfants dans ce pays. Le nombre d'heures que consacrent à des parents des soignants membres de la famille est incroyable. Le système de soins de santé n'aurait jamais les moyens de les payer pour ces heures. Cependant, le système de soins de santé a les moyens d'offrir à ces soignants familiaux un certain secours, sous forme de répit très flexible, et il doit le faire. Nous ne pouvons pas dire aux gens, lorsqu'ils se trouvent en situation d'urgence, que l'on pourra peut-être trouver un moyen d'obtenir de l'aide pour leurs parents d'ici à quatre mois. Les programmes doivent être flexibles, car une personne peut avoir besoin d'aide plutôt plus tôt que plus tard. La flexibilité sera un élément important de ces programmes.

Si des crédits fédéraux vont financer prochainement des programmes du genre, alors l'un des objectifs en matière de soins à domicile, communautaires et à long terme doit être que, tant et aussi longtemps que le coût total engendré est inférieur au coût pour le gouvernement du renvoi en établissement de soins de longue durée, alors la personne devrait avoir le droit de demeurer indépendante.

Il serait très difficile pour les gens de dire qu'ils ont le droit de vivre de façon indépendante chez eux même si cela coûtait 10 000 \$ par mois — à moins, bien sûr, qu'ils ne disposent chaque mois d'un tel montant d'argent. Une bonne règle pratique à suivre serait qu'il faille que le coût pour demeurer chez soi soit inférieur au coût du renvoi dans un établissement de soins de longue durée. Cependant, la dignité, le choix et l'indépendance sont des valeurs qui devraient être intégrées dans toute loi. Il importe néanmoins de trouver le moyen de financer cela sans imposer aux familles des fardeaux trop lourds.

M. Hollander : Mon propos est que le système constitue à certains égards la solution. Si nous avons des budgets et des administrations distincts pour le programme de soins à domicile et le programme de soins en établissement, alors nous sommes limités par les ressources disponibles. Or, si nous les combinions à l'intérieur d'un système plus large, alors nous pourrions faire des compromis.

Certaines autorités ont une règle pratique — je ne pense pas qu'il s'agisse d'une politique formelle — qui cadre avec les commentaires de Mme Sholzberg-Gray. En d'autres termes, elles essaient de maintenir les patients chez eux tant que cela ne coûte pas plus cher que le renvoi en établissement.

Lorsque j'étais responsable du régime de soins continus en Colombie-Britannique au milieu des années 1980, c'était cette approche que nous suivions. Nous avions des contraintes budgétaires et nous ne pouvions pas tout couvrir. Cependant, lorsque intervenaient des raisons de compassion, alors nous dépassions parfois le taux.

La création d'économies et l'optimisation des ressources sont des éléments importants. Avec une meilleure optimisation des ressources, alors nous dégageons des fonds excédentaires pouvant

circumstances that have been described. For example, in the case outlined, there may be additional money for respite or additional home care.

That is not to argue against getting a larger pot of money to start. However, we are in a better position if we understand the needs of seniors, have taken the steps possible to make the system of care provision as efficient as possible and can demonstrate that. Then we have a stronger argument for additional funds. However, if we continue to have splintered systems, we are locked into splintered budgets, and we cannot make the trade-offs possible in a broader system.

Ms. Hall: We have been talking about the two poles — staying at home alone or institutionalized care. That institution, the nursing home, strikes terror into the hearts of everybody, young and old. I want to talk about this third mid-way approach of supportive housing, which I discussed.

When I talked to seniors during these consultations, they found the idea of supportive housing very compelling and attractive. This surprised me because the message I always hear is that seniors want to stay in their homes as long as possible. The roadblocks in their minds are over information and affordability. They do not know how to find out about supportive housing, what is available and what it is really like. The cost is a big concern. They would say that if they own their own home, at least they know they can stay there and control the costs.

I am not surprised the homeowners were the group that were most comfortable with the idea of staying in their home until the last possible minute. Their fears include not being able to control the costs once they are in a supportive housing environment; doubt over whether they would be able to remain in this stable environment, which seems attractive today, for the rest of their lives; the possibility of increased rates; their own funds diminishing and where they go at that point. There is an appeal to remaining in their homes, where they have a higher degree of control over the situation.

That was a significant factor for them in not pursuing the supportive housing option. It reinforced my idea that the provision of sufficient numbers of affordable units to provide choice and regulations to deal with this issue of permissible cost increases was essential to making it a real option.

Senator Cordy: Ms. Sholzberg-Gray, I was interested in the challenges that you presented in your paper. I have heard four of them before in our health care report, and we have discussed them. However, the last one that Canadians are not free to move

être utilisés dans les genres de circonstances qui ont été décrites. Par exemple, dans le cas qui a été évoqué, il y aurait peut-être des fonds supplémentaires pour des soins de relève ou des soins à domicile supplémentaires.

Je ne veux pas dire par là qu'il ne faudrait pas qu'il y ait dans la caisse davantage d'argent au départ. Cependant, nous sommes mieux placés si nous comprenons les besoins des aînés, avons pris les mesures envisageables pour rendre le système de prestation de soins aussi efficient que possible, et pouvons en fournir la preuve. Nous sommes alors munis d'arguments plus solides en vue de l'obtention de fonds supplémentaires. Cependant, si nous continuons d'avoir des systèmes fragmentés, alors nous demeurons aux prises avec des budgets fragmentés, et nous nous trouvons dans l'impossibilité d'opérer les choix qui seraient possibles dans un système plus large.

Mme Hall : Nous avons discuté ici des deux pôles — demeurer seul chez soi ou vivre en établissement de soins. Cet établissement, cette maison de soins infirmiers, remplit d'effroi tout le monde, jeunes et vieux. J'aimerais parler de cette troisième approche intermédiaire, celle du logement en milieu de soutien, et dont j'ai traité.

Lorsque j'ai discuté avec des aînés dans le cadre de mes consultations, ils ont trouvé l'idée de logement en milieu de soutien très intéressante et séduisante. Cela m'a étonné, car le message que j'entends sans cesse est que les aînés veulent demeurer chez eux le plus longtemps possible. Les obstacles dans leur esprit concernent l'information et l'abordabilité. Ils ne savent pas comment s'y prendre pour se renseigner au sujet des logements-services, de ce qui est disponible et de ce dont il s'agit véritablement. Le coût est une grosse préoccupation. Ils disent que s'ils possèdent leur propre maison, au moins ils savent qu'ils pourront y demeurer et contrôler les coûts.

Cela ne m'étonne pas que les propriétaires-occupants étaient le groupe de personnes qui étaient le plus à l'aise avec l'idée de demeurer chez elles jusqu'à la toute dernière minute. Comptent parmi leurs craintes celle de ne pas pouvoir contrôler les coûts une fois installées en logement en milieu de soutien; celle de ne peut-être pas être en mesure de demeurer dans cet environnement stable, qui leur apparaît attrayant aujourd'hui, jusqu'à la fin de leurs jours; la crainte d'augmentations des tarifs; la crainte que leurs propres fonds diminuent, auquel cas où aboutiront-elles? La possibilité de demeurer chez elles les rassure du fait qu'elles puissent alors exercer un plus grand contrôle sur la situation.

C'était là un facteur important qui jouait dans leur décision de ne pas poursuivre l'option du logement en milieu de soutien. Cela est venu renforcer mon idée que l'offre d'un nombre suffisant d'unités abordables afin qu'il y ait un choix, ainsi que des règlements en vue de contenir les augmentations de coûts possibles, sont essentiels pour qu'il s'agisse d'une option réelle.

Le sénateur Cordy : Madame Sholzberg-Gray, j'ai été intéressée par les défis que vous avez exposés dans votre mémoire. J'avais déjà entendu parler de quatre d'entre eux dans le cadre de nos travaux relatifs à notre rapport sur les soins de

to their location of choice for continuing care services hit me because you are absolutely right.

When I grew up, aunts and uncles lived in our neighbourhood or not too far away. Today, children are moving farther away. We often hear people of my age saying that they are staying in their homes now, but in a few years they might move to where their children are.

You seem to be saying if people have money, then they have portability. If they do not have money, then it is not very portable. Portability is one of the components of the Canada Health Act.

Would you explain this in more detail, please?

Ms. Sholzberg-Gray: First, I noted that the Canada Health Act applied to physicians and hospital services. Even then, there is a waiting period. We are covered because of our former province of residence. There is portability under the Canada Health Act.

Looking at the vast array of services that seniors might need, they are not Canada Health Act services. They would include home care programs, home support programs and residential care, such as facility-based long-term care. With those, they have to wait. The problem is that they are not necessarily able to wait. Different provinces have varying waiting periods, some for as long as one year. This means that if someone lives in a long-term care facility in Saskatchewan and wants to move to another province, they will get a shock because the co-payment in Saskatchewan might be considerably less than the co-payment in that other province. Until a couple of provincial governments lost or almost lost their election, the co-payments in some Atlantic provinces were \$4,000 or \$5,000 a month, until patients lost their homes and depleted of all their resources.

A province such as Ontario has means testing. Seniors cannot pay more than their combined OAS and GIS, plus they are given a comfort allowance to be able to afford it. The problem is whether they can wait for a year or can pay 100 per cent of the costs in a private place while they wait for that year; most cannot.

In our document on long-term care endorsed by the National Advisory Council on Aging, NACA, we recommended what we called reciprocity. We need to find a way of facilitating reciprocal arrangements between the provinces to take people from another province. For example, if Saskatchewan and Ontario wanted to make a deal, they would have reciprocal arrangements, and

santé, et nous en avons discuté. Cependant, le dernier, soit que les Canadiens ne sont pas libres de se déplacer et de s'installer là où ils veulent pour bénéficier de services de soins continus m'a frappée, car vous avez tout à fait raison.

Dans ma jeunesse, mes oncles et mes tantes habitaient le quartier ou en tout cas pas très loin de nous. Aujourd'hui, les enfants s'aventurent plus loin. On entend souvent les gens de mon âge dire qu'ils vont rester chez eux pour le moment mais que d'ici quelques années ils vont peut-être aller s'installer à proximité de leurs enfants.

Vous semblez dire que si les gens ont de l'argent, ils ont alors une certaine portabilité. S'ils n'ont pas de moyens, alors leur vie n'est pas très portable. La portabilité est l'un des éléments de la Loi canadienne sur la santé.

Pourriez-vous m'expliquer cela un petit peu plus dans le détail, s'il vous plaît?

Mme Sholzberg-Gray : Premièrement, j'ai souligné que la Loi canadienne sur la santé s'applique aux médecins et aux services en milieu hospitalier. Même là, il y a une période d'attente. Nous sommes couverts à cause de notre ancienne province de résidence. Il y a portabilité en vertu de la Loi canadienne sur la santé.

Si l'on regarde la vaste gamme de services dont les aînés pourraient avoir besoin, ce ne sont pas tous des services qui sont couverts par la Loi canadienne sur la santé. Nous parlons des programmes de soins à domicile, des programmes de soutien à domicile et des soins en établissement, comme par exemple les soins en établissement de longue durée. Dans le cas de ces services, les gens doivent attendre. Le problème est qu'ils ne peuvent pas forcément se permettre d'attendre. Différentes provinces ont des délais d'attente différents, certains pouvant aller jusqu'à un an. Cela signifie que si une personne vit dans un établissement de soins de longue durée en Saskatchewan et veut aller s'installer dans une autre province, la personne va avoir un choc car la quote-part en Saskatchewan est peut-être sensiblement inférieure à la quote-part dans l'autre province. Jusqu'à ce qu'un ou deux gouvernements provinciaux perdent ou perdent presque le pouvoir, la quote-part dans certaines provinces de l'Atlantique s'élevait à 4 000 \$ ou 5 000 \$ par mois, jusqu'à ce que les patients perdent leur maison et épuisent toutes leurs ressources.

La province de l'Ontario applique un critère de moyens financiers. Les aînés ne peuvent pas dépenser plus que le total de leurs prestations de SV et de SRG, et on leur consent en même temps une allocation de menues dépenses afin qu'elles disposent de moyens suffisants. Le problème est de savoir si la personne peut attendre un an ou si elle peut payer 100 p. 100 des coûts dans un établissement privé pendant cette année d'attente; la plupart des gens ne le peuvent pas.

Dans notre document sur les soins à long terme, qui a été endossé par le Conseil consultatif national sur le troisième âge ou CCNTA, nous recommandons ce que nous appelons la réciprocité. Il nous faut trouver le moyen de faciliter des arrangements de réciprocité entre provinces pour que les gens puissent se déplacer d'une province à l'autre. Par exemple, si la

hopefully all the provinces would participate. Provinces are saying that they can make arrangements amongst each other; they meet together under the Council of the Federation.

We thought there could be reciprocal arrangements so that when children do not live in the same province as their parents, we could facilitate the parents living near them to create a support mechanism, which would reduce costs and enhance quality of life and health. We want to find a way to move that idea forward.

Senator Cordy: Has there been any discussion on your idea of reciprocity?

Ms. Sholzberg-Gray: Not at the government level. We were impressed that the NACA thought it was perfect and endorsed that, among other things. It should be there. If we had future federal funding for this continuing care continuum that we would like to see integrated, and if the provinces wanted to take the money, then one of the conditions would be reciprocity. This continuum includes the whole range of services from the housing options to long-term care to community support services to home care to all these things. In the end, that will actually save resources because of the help of family.

Senator Cordy: I agree, yes. Thank you.

Senator Keon: It is interesting that again today the questions of the Social Union Framework Agreement and integrated services come out. Ms. Sholzberg-Gray and I have been talking about integrated services for 30 years.

Ms. Sholzberg-Gray: I do not know that I am old enough for that, but yes, I believe we have.

Senator Keon: You were only in school.

Ms. Sholzberg-Gray: It may be 40 years.

Senator Keon: Mr. Allard and Mr. MacDonald, and maybe Professor Hall, the big problem with all of this is that we do not have the correct community entities in Canada to do the integration at the ground, to pull the stuff together and make it work at the local level on the ground. They can do it in Sweden and Britain because they have a simple sort of government structure. We have this tremendously complex system of government — federal-provincial-municipal. Some of our Native peoples also have their own government.

Can you think of any community entities that you thought worked best or that you have come across in conversation with your peers across the country that were able to pull together health, education, sanitation, housing and such to create a good environment for people?

Ms. Hall: There is a place in Maple Ridge, B.C.

Saskatchewan et l'Ontario voulaient négocier une entente, il y aurait des arrangements de réciprocité, et l'on pourrait espérer que toutes les provinces participeraient. Les provinces sont en train de dire qu'elles peuvent s'arranger entre elles, qu'elles se retrouvent à l'intérieur du Conseil de la fédération.

Nous avons pensé qu'il pourrait y avoir des arrangements de réciprocité de manière à ce que, lorsque les enfants ne vivent pas dans la même province que leurs parents, nous puissions faciliter l'établissement de leurs parents à proximité d'eux pour créer un mécanisme de soutien, ce qui réduirait les coûts et améliorerait leur qualité de vie et leur état de santé. Nous voulons trouver un moyen de faire avancer cette idée.

Le sénateur Cordy : Y a-t-il eu des discussions au sujet de votre idée de réciprocité?

Mme Sholzberg-Gray : Non, pas au niveau gouvernemental. Nous avons été impressionnés de constater que le CCNTA avait trouvé l'idée parfaite et l'avait appuyée, entre autres choses. Ce devrait exister. Si nous avions des fonds fédéraux futurs pour ce continuum de soins continus que nous aimerions voir intégrer, et si les provinces voulaient prendre cet argent, alors l'une des conditions serait la réciprocité. Ce continuum englobe toute la gamme des services, allant des options de logement aux soins à long terme en passant par les services de soutien communautaires et les soins à domicile. En bout de ligne, cela permettra réellement d'économiser des ressources du fait de l'aide de la famille.

Le sénateur Cordy : Oui, je suis d'accord. Merci.

Le sénateur Keon : Il est intéressant que ressortent encore une fois aujourd'hui les questions de l'Entente-cadre sur l'union sociale et des services intégrés. Mme Sholzberg-Gray et moi-même discutons des services intégrés depuis 30 ans.

Mme Sholzberg-Gray : Je ne sais pas si je suis suffisamment vieille pour dire cela, mais, oui, je crois que c'est le cas.

Le sénateur Keon : Vous étiez encore aux études.

Mme Sholzberg-Gray : Cela fait peut-être 40 ans.

Le sénateur Keon : Monsieur Allard et monsieur MacDonald, et peut-être madame Hall, le gros problème avec tout cela est que nous n'avons pas au Canada les entités communautaires appropriées pour faire l'intégration sur le terrain, pour réunir tous les morceaux et faire fonctionner les choses sur le terrain au niveau local. Ils y parviennent en Suède et en Grande-Bretagne parce qu'ils ont une structure gouvernementale plutôt simple. Nous, nous avons un régime politique extrêmement complexe — fédéral-provincial-municipal. Certains des peuples autochtones ont par ailleurs leur propre gouvernement.

Connaîtriez-vous une entité communautaire dont vous estimez qu'elle fonctionne bien, ou dont vous avez entendu parler lors d'échanges avec vos pairs d'un peu partout au pays et qui a pu réunir services de soins de santé, d'éducation, sanitaires et de logement et ainsi de suite pour créer un bon environnement pour les gens?

Mme Hall : Il y a quelque chose à Maple Ridge, en Colombie-Britannique.

Mr. MacDonald: The legion has an infrastructure of 1,700 branches across the country. Many of these branches are located in small communities, and others are located in large urban centres. They also have over 85 years of history in providing service to the community. An entity such as that often is what is necessary. Very often, when legion projects get started in an area, the legion is the catalyst. They do not generally make these projects work all by themselves. They start them, and other groups come in and everyone gets involved. Some of these facilities end up having menus of services, so we involve health care and the transportation people. We get bus routes changed to come to legion facilities. I am not advocating for a minute that the legion would be the ideal entity to do this, but I am saying that it is possible.

In Maple Ridge, a prime example, we have four facilities now, or three. One is an assisted living facility, another is a life lease facility, and we have an apartment facility. Everything is there so healthy seniors can move in, stay there and just move from one building to another to have their needs met. I believe there are ways to do that.

When we start development programs and policies we have to be wary of the tendency to oversimplify matters. I find that somewhere between how simple I feel it is and how complicated someone else thinks it is, is when we arrive at the reality. Generally, we develop policy the wrong way. We start at the top, make them work, and when we get to the ground, we find changes need to be made to make the policy work properly. We would be much more effective if we started with our policies from the 85-year-old man who is having trouble getting the roof on, understand those issues and work backwards.

At the end of the day, we will have developed policies that are meaningful and real because we have talked to the people who will be affected by these policies rather than adapting policies as we move down the line to the point that when we start administering them, they look nothing like what we intended.

When we begin policies, we have to look at ways to make those policies work in the community. It works for the legion. It will probably work for other organizations, too.

Mr. Allard: I look at Ms. Darke here. She is much younger than I am. A simple solution also would be to insist that the people who develop policies are then mandated to implement them.

Ms. Sholzberg-Gray: We should not forget about existing models. There is a regional model of care in most provinces now, and some of them are doing very well with integrated approaches

M. MacDonald : La Légion a une infrastructure de 1 700 filiales réparties dans le pays. Nombre de ces filiales sont installées dans de petites localités, d'autres se trouvant dans de grands centres urbains. Elles ont également 85 années d'histoire de prestation de services à la collectivité. C'est de ce genre d'entité que l'on a souvent besoin. Très souvent, lorsque des projets de la Légion sont lancés dans une région, c'est la Légion qui est le catalyseur. Ces projets ne sont pas généralement tels qu'ils puissent tourner tout seuls. La Légion les lance et d'autres groupes interviennent et tout le monde met la main à la pâte. Certains de ces établissements finissent par offrir tout un menu de services, et c'est ainsi que nous faisons intervenir les gens des soins de santé et des services de transport. Nous faisons modifier les circuits des autobus pour assurer la desserte des établissements de la Légion. Je ne prétends pas un seul instant que la Légion serait l'entité idéale pour s'occuper de cela, mais je dis que la chose est possible.

À Maple Ridge, l'exemple par excellence, nous avons maintenant quatre établissements, ou trois. Il y a un logement-services, il y a un établissement de logements à bail à vie et nous avons également un immeuble à appartements. Tout est en place pour que des aînés en bonne santé puissent s'y installer, y demeurer, puis passer d'un établissement à un autre selon l'évolution de leurs besoins. Je pense qu'il y a des moyens de faire cela.

Lorsque nous lançons des programmes et des politiques d'aménagement, il nous faut être très méfiants de la tendance de sur-simplifier les choses. Je trouve que la réalité réside quelque part entre la mesure dans laquelle je considère une chose comme étant simple et la mesure dans laquelle quelqu'un d'autre la considère comme étant compliquée. De façon générale, nous élaborons les politiques de la mauvaise manière. Nous commençons en haut, faisons en sorte que la politique fonctionne, puis, lorsque nous arrivons à la base, nous constatons que des changements doivent être apportés pour que la politique fonctionne bien. Nous serions beaucoup plus efficaces si nos politiques avaient pour point de départ l'homme de 85 ans qui a du mal à faire poser son toit, si nous comprenions ces choses-là et travaillions à rebours.

En bout de ligne, nous aurons élaboré des politiques censées et concrètes car nous aurons discuté avec les personnes qui sont touchées par ces politiques, au lieu d'adapter ces dernières au fur et à mesure, jusqu'au point où, lorsque nous commençons à les administrer, elles ne ressemblent pas du tout à ce que nous avions prévu.

Lorsque nous élaborons des politiques, il nous faut faire en sorte de faire fonctionner ces politiques dans la communauté. Cela fonctionne pour la Légion. Cela fonctionnerait vraisemblablement pour d'autres organisations également.

M. Allard : Je regarde Mme Darke qui est assise ici. Elle est beaucoup plus jeune que moi. Une solution simple serait également d'insister pour que les gens qui élaborent les politiques soient alors chargés de les mettre en œuvre.

Mme Sholzberg-Gray : Il ne nous faut pas oublier les modèles existants. Il existe à l'heure actuelle dans la plupart des provinces un modèle régional de soins, et certains d'entre eux fonctionnent

to a variety of health and social services, so we could use those as a basis. Sometimes the integration, you are absolutely right, is more at the top than at the bottom, and that is our challenge. The purpose of regionalization is integration.

If I could put in an advertisement, our annual conference will take place in Saskatoon in June. The title of it is "Regionalization: Lessons Learned, Lessons Lost." Over a hundred proposals have been put in to share best practices for integrated approaches to health care. It seems that everywhere in this country something is being done really well. There are many wonderful experiments and ways of integration, and a number of those will be presented. I would caution everyone to look at the best practices everywhere to see if we can transfer the knowledge. We need to do some more sharing; we do not do enough of that.

The Chair: Thank you. I will end with one question. I hope can I get a "yes" or "no" answer. I suspect I cannot, but I will try.

One of the issues we have to grapple with, because it is a constitutional conundrum, is that some of these issues are provincially dominated and some of these issues are federally dominated. In this area, is there, in your view, a federal role in preparing us for the needs of an aging society and helping to coordinate programs? Not by directing those programs, however, because programs are usually directed best at the lowest possible level of the delivery of their care. Do you see, to provide this continuum of care, a need for a federal presence?

Mr. Hollander: I do see a role for the federal presence. Numerous initiatives have been initiated to provide additional funding for certain types of services. That is a role that the federal government often plays. Also, this notion of some form of arrangement with the provincial governments where there can be a working together, whether it be through the federal Social Union Framework Agreement or some other, is perhaps a vehicle for that.

This whole consciousness of how to organize the health care system in Canada is missing at the present time at the federal level, but exists at the provincial level because they are delivering services. What are the key components of it? I would make the argument that one key component is care for seniors and other people with ongoing care needs. We have hospital services for people who are acute; we have medical and primary care services for the broader population; we have public health services and so on. Right now, there seems to be a vacuum at the federal level in terms of this notion of care delivery for people with ongoing care needs.

très bien avec des approches intégrées pour toute une gamme de services sociaux et de santé, et nous pourrions donc nous en servir comme base. L'intégration se fait parfois, et vous avez tout à fait raison là-dessus, davantage en haut qu'en bas, et c'est là notre défi. L'objet de la régionalisation est l'intégration.

Si vous me permettez de faire un peu de promo, notre congrès annuel va avoir lieu à Saskatoon, en juin. Il a pour titre : « La régionalisation : Leçons apprises, leçons perdues ». L'on compte déjà plus de 100 propositions de partage de pratiques exemplaires en matière d'approches intégrées aux soins de santé. Il semble que partout au pays il y a quelque chose qui se fait vraiment très bien. Il y a de nombreuses merveilleuses expériences et méthodes d'intégration, et nombre d'entre elles seront présentées. J'encouragerais tout le monde à regarder les meilleures pratiques où qu'elles se trouvent, pour voir si nous ne pourrions pas transférer cette connaissance. Il nous faut faire plus de partage; nous n'en faisons pas assez.

La présidente : Merci. Je vais terminer avec une question. J'espère que vous pourrez me répondre par « oui » ou par « non ». J'ai bien l'impression que ce ne sera pas possible, mais je vais quand m'y essayer.

L'une des questions avec lesquelles nous nous débattons est que, du fait de notre constitution, certaines de ces questions sont dominées par les provinces tandis que d'autres sont dominées par le palier fédéral. Dans ce domaine-ci, y a-t-il, selon vous, un rôle fédéral quant aux mesures à prendre en prévision des besoins d'une société vieillissante et à la facilitation de la coordination des programmes? Non pas, cependant, en dirigeant ces programmes, car ceux-ci sont en règle générale le mieux dirigées par le niveau le plus proche de la prestation des soins. Entrevoyez-vous la nécessité d'une présence fédérale pour offrir ce continuum de soins?

M. Hollander : Je vois bel et bien un rôle pour la présence fédérale. De nombreuses initiatives ont été lancées pour assurer un financement supplémentaire pour certains types de services. Il s'agit là d'un rôle que joue souvent le gouvernement fédéral. D'autre part, cette idée d'un arrangement avec les gouvernements provinciaux leur permettant de travailler ensemble, que ce soit par le biais de l'Entente-cadre sur l'union sociale ou autre, serait peut-être un véhicule.

Toute la prise de conscience quant à la façon d'organiser le régime de soins de santé au Canada fait défaut à l'heure actuelle au niveau fédéral, mais existe au palier provincial, étant donné que ce sont les provinces qui offrent les services. Quelles en sont les composantes clés? Je dirais qu'un volet clé est celui des soins pour les aînés et des autres personnes ayant des besoins de soins continus. Nous avons des services en milieu hospitalier pour les personnes qui ont besoin de soins actifs; nous avons des services médicaux et de soins primaires pour la population dans son ensemble; nous avons des services de santé publique et ainsi de suite. À l'heure actuelle, il semble qu'il y ait un vide au niveau fédéral pour ce qui est de cette notion de prestation de soins aux personnes ayant des besoins de soins continus.

Simply getting the federal government and the provincial governments together to agree that this should be in fact seen as an important component of the Canadian health care system would be a significant contribution and may not even cost very much money; but that would be a first step. Once we agree on that, then we could enter into discussions about what would be the key elements or the core elements or the principles of something like this.

I do see a role. In fact, the federal government could play a significant role in a form of partnership with the provincial governments where a number of these initiatives are already happening and really facilitate and find ways of coming to agreement about how we can both provide the best possible care and do it in a way that is cost-effective.

Ms. Hall: From my own perspective, being concerned with regulation, I feel the federal government has a very powerful and positive role to play in the development of model policy and legislation. Of course, it is up to each province to determine how to implement legislation on this particular subject. Drawing some lessons from the American experience, that is a very positive role for the federal government to facilitate the exchange of information on that; if only to prevent this reinvention of the wheel that really seems to be happening at different levels and stages in different places, which seems very counterproductive.

Mr. Allard: Strictly as a not-for-profit provider of affordable housing, my comments will be probably linked to CMHC's role. I would like to emphasize that we get along very well with CMHC. We believe in cooperation and partnership. They have some very good programs. They have asked us recently to post a link to their best practices, and we intend to do that.

Ms. Darke talked about the flexibility that was introduced in their mortgage insurance in 2003. That flexibility was linked to a larger equity ratio for not-for-profit providers, which is more difficult in our cases. The federal government could provide basically a repayable loan in that context that would cover the equity gap required to get this mortgage insurance.

Ms. Sholzberg-Gray: I believe there is a federal role. It all would depend though on the philosophy of the government in power at the time. If the government feels there are watertight compartments with some issues under provincial jurisdiction and others under federal with no opportunity for joint activity, then that is a problem. I want to remind everyone though that the federal spending power is a constitutionally approved power — the Supreme Court. The federal government has the right to spend in areas of provincial jurisdiction. I am not suggesting the federal government ever impose it in the future on provinces, but it presents an opportunity to tell the provinces that they will provide money for a program if they will achieve certain pan-Canadian objectives that they all agree with because they believe it is good for everyone wherever they live in this country.

Obtenir simplement que les gouvernements fédéral et provinciaux conviennent ensemble que ce devrait en fait être là une composante importante du régime de soins de santé canadien serait une contribution importante et cela ne coûterait peut-être même pas beaucoup d'argent; ce serait en tout cas un premier pas. Une fois que nous nous serions mis d'accord là-dessus, alors nous pourrions entamer des discussions au sujet des éléments clés ou essentiels ou des principes sous-tendant la chose.

Je vois bel et bien un rôle. En fait, le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle important dans le cadre d'un partenariat avec les gouvernements provinciaux chez qui plusieurs de ces initiatives ont déjà été prises, ainsi qu'en facilitant leur réalisation et en trouvant des moyens d'en arriver à une entente sur la façon de pouvoir ensemble offrir les meilleurs soins possibles et d'y parvenir d'une façon économique.

Mme Hall : En ce qui me concerne, du fait que je m'intéresse à la réglementation, j'estime que le gouvernement fédéral a un rôle très puissant et positif à jouer dans l'élaboration de politiques et de lois modèles. Bien sûr, c'est à chaque province qu'il revient de déterminer la façon de mettre en œuvre des lois dans ce domaine précis. Tirant certaines leçons de l'expérience américaine, l'on peut dire qu'il y a un rôle très positif pour le gouvernement fédéral en vue de faciliter l'échange d'information, ne serait-ce que pour empêcher que l'on ait à réinventer la roue, comme cela semble être le cas à différents niveaux et à différents stades, selon l'endroit, ce qui semble être très contre-productif.

M. Allard : En tant, strictement, que fournisseur sans but lucratif de logements abordables, mes commentaires seront sans doute liés au rôle de la SCHL. J'aimerais souligner que nous nous entendons très bien avec la SCHL. Nous croyons en la collaboration et en l'importance du partenariat. La Société a un certain nombre de très bons programmes. Elle nous a récemment demandé d'afficher sur son site un lien à ses pratiques exemplaires, et nous comptons le faire.

Mme Darke a parlé de la flexibilité qui a été introduite dans l'assurance hypothèque de la SCHL en 2003. Cette flexibilité était liée à un ratio capitaux propres plus élevé pour les fournisseurs sans but lucratif, ce qui est plus difficile dans notre cas. Le gouvernement fédéral pourrait en fait offrir un prêt remboursable dans ce contexte pour combler la différence et faciliter l'obtention de cette assurance hypothèque.

Mme Sholzberg-Gray : Je pense qu'il y a un rôle fédéral. Tout dépendrait cependant de la philosophie du gouvernement au pouvoir. Si le gouvernement estime qu'il y a des compartiments tout à fait étanches dans le cas de certaines questions qui relèvent de la compétence des provinces et d'autres relevant du pouvoir fédéral, sans aucune possibilité d'activités conjointes, alors c'est là un problème. J'aimerais rappeler à tous, cependant, que le pouvoir de dépenser fédéral est un pouvoir qui est reconnu par la Constitution — la Cour suprême. Le gouvernement fédéral est autorisé à dépenser dans les domaines relevant de la compétence provinciale. Je ne suis pas en train de suggérer qu'il faille que le gouvernement fédéral impose cela à l'avenir aux provinces, mais cela lui offre la possibilité de dire aux provinces qu'il versera de l'argent au titre d'un programme si celui-ci permettra d'atteindre

They have done it for medicare, hospital and physician services, for CMHC and all other areas. One could ask why with an aging population, with the importance of seniors' health, programs and continuing care, why the federal government could not go to the provinces and say, "We would like to propose a new program. You do not have to go into it, but we would like you to. If you do, you will get this money; and, by the way, if you have programs that already comply with the current objectives, you will get it anyway because that is essentially the Social Union Framework Agreement." We feel this is so important for the provinces, and it is an area where we could use the federal spending power. Also, catastrophic pharmacare is another area.

I would say use the federal spending power together with the Social Union Framework Agreement, and if you do not take these steps, acute care costs will go up. Therefore, what is the point in not doing it? If we do not do it, this will harm the ability of our country to sustain the program on which we have already used the federal spending power.

The Chair: Thank you. I will not ask our last two guests. It is a bit of a conflict of interest for them. I do want to thank each of you for coming before us today. I hope that you will see some of your thoughts expressed in our final report.

The committee adjourned.

certain objectifs pancanadiens sur lesquels tout le monde s'entend, du fait que ce serait une bonne chose pour tous les Canadiens, où qu'ils vivent au pays. Le gouvernement fédéral l'a fait pour l'assurance-maladie, les services médicaux et en milieu hospitalier, la SCHL, et d'autres choses encore. L'on pourrait se demander pourquoi, avec une population vieillissante, compte tenu de l'importance de la santé, des programmes et des soins continus des aînés, le gouvernement fédéral ne pourrait pas aller dire aux provinces : « Nous aimerions vous proposer un nouveau programme. Vous n'êtes pas tenues d'y participer, mais nous le souhaiterions. Si vous acceptez, vous obtiendrez cet argent; et, en passant, si vous avez déjà des programmes qui s'alignent sur les objectifs en question, vous toucherez l'argent de toute façon, car cela s'inscrit essentiellement dans l'Entente-cadre sur l'union sociale. » Nous sommes d'avis qu'il s'agit d'un domaine qui est très important pour les provinces et où le pouvoir de dépenser fédéral serait utile. L'assurance-médicaments onéreux serait encore un autre élément.

Ce que je dirais c'est ceci : utilisez le pouvoir de dépenser fédéral conjugué à l'Entente-cadre sur l'union sociale, et si vous ne prenez pas ces mesures, alors les coûts des soins actifs vont augmenter. Alors à quoi bon ne pas le faire? Si nous ne le faisons pas, cela nuira à la capacité de notre pays de maintenir le programme pour lequel nous avons déjà utilisé le pouvoir de dépenser fédéral.

La présidente : Merci. Je ne vais pas soumettre la question à nos deux derniers invités. Cela les placerait en quelque sorte dans une situation de conflit d'intérêts. Je tiens à remercier chacun d'entre vous d'être venu nous rencontrer ici aujourd'hui. J'espère que vous verrez certaines de vos idées reflétées dans notre rapport final.

La séance est levée.

Monday, December 10, 2007

Canada Mortgage and Housing Corporation:

Luis Rodriguez, Senior Researcher;

Debra Darke, Director, Community Development.

Canadian Healthcare Association:

Sharon Sholzberg-Gray, President and Chief Executive Officer.

The Royal Canadian Legion:

Pierre Allard, Director, Service Bureau;

David MacDonald, Consultant, Legion Housing Centre for Excellence.

Individuals:

Marcus J. Hollander, President, Hollander Analytical Services Ltd.,
(by video conference).

Margaret Isabel Hall, Assistant Professor, Law Faculty, University
of British Columbia.

Le lundi 10 décembre 2007

Société canadienne d'hypothèques et de logement :

Luis Rodriguez, chercheur principal;

Debra Darke, directrice, Développement des collectivités.

Association canadienne des soins de santé :

Sharon Sholzberg-Gray, présidente et chef de la direction.

La Légion royale canadienne :

Pierre Allard, directeur, Bureau d'entraide;

David MacDonald, consultant, Centre d'excellence de logement de
la Légion.

À titre personnel :

Marcus J. Hollander, président, Hollander Analytical Services Ltd
(par vidéoconférence).

Margaret Isabel Hall, professeure adjointe, Faculté de droit,
Université de la Colombie-Britannique.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Monday, December 3, 2007

Canadian Institute for Health Information:

Jean-Marie Berthelot, Vice-President, Programs;
Christopher Kuchciak, Program Leads, NHEX/OECD.

Canadian Centre for Policy Alternatives:

Marc Lee Senior Economist (by video conference).

As an individual:

Robert Evans, Professor of Economics, University of British
Columbia (by videoconference).

As an individual:

Joe Ruggeri, Professor, Department of Economics, University of
New Brunswick.

Public Health Agency of Canada:

Margaret Gillis, Director, Division of Aging and Seniors/Office of
Voluntary Sector.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le lundi 3 décembre 2007

Institut canadien d'information sur la santé :

Jean-Marie Berthelot, vice-président, programmes;
Christopher Kuchciak, chef de section, BDDNS/OCDE.

Centre canadien de politique alternatives :

Marc Lee, économiste principal (par vidéoconférence).

À titre personnel :

Robert Evans, professeur d'économie, Université de la Colombie
Britannique
(par vidéoconférence).

À titre personnel :

Joe Ruggeri, professeur, département d'économie, Université
Nouveau-Brunswick.

Agence de la santé publique du Canada :

Margaret Gillis, directrice, Division du vieillissement et des aînés
Bureau du secteur bénévole.

(Suite à la page précédente)



2A1
YC2
-2006
A33



Second Session
Thirty-ninth Parliament, 2007-08

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Special
Senate Committee on*

Aging

Chair:

The Honourable SHARON CARSTAIRS, P.C.

Monday, January 28, 2008
Monday, February 4, 2008

Issue No. 3

Fourth and fifth meetings on:

Special study on aging

WITNESSES:
(See back cover)

Deuxième session de la
trente-neuvième législature, 2007-2008

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur le*

Vieillessement

Présidente :

L'honorable SHARON CARSTAIRS, C.P.

Le lundi 28 janvier 2008
Le lundi 4 février 2008

Fascicule n° 3

Quatrième et cinquième réunions concernant :

L'étude spéciale sur le vieillissement

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE SPECIAL SENATE COMMITTEE
ON AGING

The Honourable Sharon Carstairs, P.C., *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Chaput	Keon
Cordy	* LeBreton, P.C.
Cools	(or Comeau)
* Hervieux-Payette, P.C.	Mercer
(or Tardif)	Stratton

*Ex officio members

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL
SUR LE VIEILLISSEMENT

Présidente : L'honorable Sharon Carstairs, C.P.

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

Chaput	Keon
Cordy	* LeBreton, C.P.
Cools	(ou Comeau)
* Hervieux-Payette, C.P.	Mercer
(ou Tardif)	Stratton

*Membres d'office

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Monday, January 28, 2008
(5)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:36 p.m., in room 9, Victoria Building, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cordy, Mercer and Stratton (5).

In attendance: Julie Cool, Analyst, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.*)

WITNESSES:

Canadian Automobile Association:

David M. Munroe, Chair of the Board CAA National;

Christopher White, Vice-President, Public Affairs.

Canadian Medical Association:

Dr. Briane Scharfstein, Associate Secretary General, Professional Affairs.

Lakehead University:

Dr. Michel Bédard, Canada Research Chair in Aging and Health.

The Rehabilitation Centre, Ottawa Hospital:

Dr. Shawn Marshall, Associate Professor.

Canadian Centre for Elder Law Studies:

Laura Watts, National Director.

Alzheimer Society of Nova Scotia:

Jeanne Desveaux, President.

The chair made a statement.

Mr. Munroe, Dr. Scharfstein, Dr. Bédard and Dr. Marshall each made a presentation and, with Mr. White, answered questions.

At 2:10 p.m., the committee suspended.

At 2:16 p.m., the committee resumed.

Ms. Watts and Ms. Desveaux each made a presentation and answered questions.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le lundi 28 janvier 2008
(5)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 36, dans la salle 9 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cordy, Mercer et Stratton (5).

Aussi présente : Julie Cool, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Également présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son examen des implications du vieillissement de la société au Canada. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Association canadienne des automobilistes :

David M. Munroe, président du conseil d'administration CAA National;

Christopher White, vice-président, Affaires publiques.

Association médicale canadienne :

Dr. Briane Scharfstein, secrétaire général associé, Affaires professionnelles.

Université Lakehead :

Dr. Michel Bédard, chaire de recherche du Canada en vieillissement et santé.

Le centre de réadaptation, Hôpital d'Ottawa :

Dr. Shawn Marshall, professeur associé.

Canadian Centre for Elder Law Studies :

Laura Watts, directrice nationale.

Société Alzheimer de la Nouvelle-Écosse :

Jeanne Desveaux, présidente.

La présidente fait une déclaration.

M. Munroe, le Dr. Scharfstein, le Dr. Bédard et le Dr. Marshall font chacun un exposé puis, aidés de M. White, répondent aux questions.

À 14 h 10, la séance est interrompue.

À 14 h 16, la séance reprend.

Mmes Watts et Desveaux font chacune un exposé puis répondent aux questions.

At 3:33 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Monday, February 4, 2008
(6)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:33 p.m., in room 9, Victoria Building, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cordy, Keon, Mercer and Stratton (6).

In attendance: Julie Cool, Analyst, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.)

WITNESSES:

Correctional Services of Canada:

Ross Toller, Assistant Commissioner, Correctional Operations and Programs;

Leslie MacLean, Assistant Commissioner, Health Services.

Office of the Correctional Investigator:

Ed McIsaac, Executive Director;

Howard Sapers, Correctional Investigator.

Canadian Association of Elizabeth Fry Societies:

Kim Pate, Executive Director.

Insurance Bureau of Canada:

Mark Yakabuski, President and Chief Executive Officer.

Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada:

Fleur-Ange Lefebvre, Executive Director and Chief Executive Officer.

It was agreed that the chair be authorized to seek from the Senate an extension to the date of presenting its final report from March 31 to September 30, 2008, and that the committee retain all powers necessary to publicize its finding until 90 days after the tabling of the final report.

Mr. Toller, Ms. MacLean, Mr. Sapers and Ms. Pate each made a presentation and, with Mr. McIsaac, answered questions.

At 2:08 p.m., the committee suspended.

At 2:13 p.m., the committee resumed.

À 15 h 33, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le lundi 4 février 2008
(6)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 33, dans la salle 9 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cordy, Keon, Mercer et Stratton (6).

Aussi présente : Julie Cool, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Également présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son examen des implications du vieillissement de la société au Canada. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Service correctionnel du Canada :

Ross Toller, commissaire adjoint, Opérations et programmes correctionnels;

Leslie MacLean, commissaire adjointe, Services de santé.

Bureau de l'enquêteur correctionnel :

Ed McIsaac, directeur exécutif;

Howard Sapers, enquêteur correctionnel.

Association canadienne des Sociétés Elizabeth Fry :

Kim Pate, directrice exécutive.

Bureau d'assurances du Canada :

Mark Yakabuski, président et chef de la direction.

Fédération des ordres des médecins du Canada :

Fleur-Ange Lefebvre, directrice générale et chef de la direction.

Il est convenu que la présidente soit autorisée à demander au Sénat la permission de reporter la date de présentation du rapport final du 31 mars au 30 septembre 2008, et que le comité conserve tous les pouvoirs nécessaires pour faire connaître ses conclusions jusqu'à 90 jours après le dépôt du rapport final.

M. Toller, Mme MacLean, M. Sapers et Mme Pate font chacun un exposé puis, aidés de M. McIsaac, répondent aux questions.

À 14 h 8, la séance est interrompue.

À 14 h 13, la séance reprend.

Mr. Yakabuski and Ms. Lefebvre each made a presentation and answered questions.

At 3:15 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

M. Yakabuski et Mme Lefebvre font chacun un exposé puis répondent aux questions.

À 15 h 15, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Keli Hogan

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, January 28, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:36 p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Honourable senators and guests, welcome to the Special Senate Committee on Aging which, as you know, is examining and reporting on the implications of an aging society in Canada.

We have with us today David Munroe from the Canadian Automobile Association; Dr. Briane Scharfstein from the Canadian Medical Association; Dr. Michel Bédard from Lakehead University; and from The Rehabilitation Centre, we have Dr. Shawn Marshall.

David M. Munroe, Chair of the Board CAA National, Canadian Automobile Association: Thank you, Madam Chair and honourable senators. On behalf of the Canadian Automobile Association, I am pleased to be here today. The committee is to be commended for its commitment to issues facing Canada's aging population, particularly as we experience significant demographic changes that will have a fundamental impact on us all.

From its inception in 1913, CAA has been an advocate for the rights of motorists and the traveling public. We continue to work with the federal government, our clubs and our stakeholder groups to ensure safer drivers on safer roads in safer vehicles. The theme of our presentation, "Safety and the Aging Driver," reflects this reality and the focus of the activities of the Canadian Automobile Association in the area of senior transportation and safety.

In Canada, we have the good fortune of being among the most mobile citizens in the world. In recent years, however, senior mobility has become increasingly central to the discussion of traffic safety and the CAA understands this better than most. Our association is intimately aware of the increasing average age of our membership which is no doubt partly because of the demographic trends in society in general. Due to the good work of the committee in its report, *Embracing the Challenge of Aging*, I will not spend time talking about the demographics of aging, but I would like to share a few of our key findings before moving on to the main points of my presentation.

In a recent online poll, the CAA found that of almost 300 respondents, 48.1 per cent indicated that they had their driver's licence for more than 40 years. The poll also found that 89.9 per cent of respondents felt that drivers should have a mandatory eye test when they reach a certain age. Similarly, 70.9 per cent of respondents felt drivers should have a mandatory medical exam at a certain age. While the poll is not statistically

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 28 janvier 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 36, pour examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Chers collègues et invités, je vous souhaite la bienvenue au Comité sénatorial spécial sur le vieillissement qui, comme vous le savez, examine les incidences du vieillissement de la société canadienne.

Nous accueillons parmi nous aujourd'hui M. David Munroe, de l'Association canadienne des automobilistes; le Dr Briane Scharfstein, de l'Association médicale canadienne; Le Dr Michel Bédard, de l'Université Lakehead; et le Dr Shawn Marshall, du Centre de réadaptation.

David M. Munro, président du conseil d'administration CAA national, Association canadienne des automobilistes : Merci, madame la présidente et honorables sénateurs. C'est pour moi un plaisir de comparaître aujourd'hui, au nom de l'Association canadienne des automobilistes. Il faut féliciter le comité de son engagement à l'égard des enjeux qui concernent la population vieillissante du Canada, d'autant plus que nous observons une profonde évolution démographique qui aura des conséquences fondamentales pour nous tous.

Depuis ses débuts, en 1913, la CAA se porte à la défense des droits des automobilistes et des voyageurs. Elle continue de collaborer avec le gouvernement fédéral, ses clubs et d'autres protagonistes pour veiller à améliorer la sécurité des conducteurs, des routes et des véhicules. Le thème de l'exposé, « La sécurité et le conducteur âgé, » reflète cette réalité et il est au centre des activités de l'Association liées au transport et à la sécurité des aînés.

Les Canadiens ont la chance d'être parmi les plus mobiles de la planète. Depuis quelques années, cependant, la mobilité des aînés est de plus en plus au centre des débats sur la sécurité routière. Et la CAA le comprend mieux que la plupart des gens. Elle est tout à fait consciente du fait que ses membres avancent en âge, phénomène qui, en partie, reflète les tendances démographiques dans l'ensemble de la société. Étant donné les travaux dont le comité a fait état dans son rapport intitulé *Relever le défi du vieillissement*, je ne vais pas m'attarder aux données démographiques sur le vieillissement démographique, mais je voudrais tout de même dire un mot sur quelques-unes de nos principales constatations avant de passer aux éléments principaux de mon exposé.

Un sondage en ligne récent de la CAA a révélé que, sur près de 300 répondants, 48,1 p. 100 ont leur permis de conduire depuis plus de 40 ans et que 89,9 p. 100 estiment que les conducteurs devraient être soumis à un test obligatoire de vision lorsqu'ils atteignent un certain âge. De plus, 70,9 p. 100 des répondants sont d'avis que les conducteurs doivent subir un examen médical obligatoire lorsqu'ils arrivent à un certain âge. Ce sondage n'a

significant, it does provide context to the debate. Interestingly, it supports the data found in CAA's annual public opinion survey. In 2004, the most recent year for which data on aging drivers was gathered, a poll conducted for CAA by Earncliffe found that 95 per cent of Canadians felt that drivers should have mandatory eye testing at that magic, certain age. Eighty-eight per cent felt that drivers should have a mandatory road testing once they reach a certain age. In both cases, the vast majority believed testing to be appropriate at some juncture and CAA has found that issues such as mandatory testing for vision and driving are of most concern.

Additionally, when evaluating driver capacity in relation to age, it is important to take into consideration factors such as physical ability, driver skill and road conditions.

In addressing the issue of senior mobility, CAA focuses more on this broad range of factors and less on age. So while age alone does not determine one's ability to drive safely, the conditions that accompany age do affect our ability to drive. It is important therefore to remember that not everyone's skill declines in the same way or at the same rate, but that age-related factors such as changes in vision, diminished hearing and slower reaction times can create problems. It is for these reasons that CAA advocates a comprehensive approach to addressing the issue of safety and the aging driver.

I would like to focus on three points that are fundamental to this discussion. First, ensure a balance between an individual's need for mobility and the public's right to road safety. Second, build broad support for addressing the issue of aging drivers and third, address the government's role in ensuring mobility for seniors and road safety.

The first point reflects the underlying principle behind CAA's approach to this important issue. Driving is a privilege and not a right and as such there needs to be a balance between the individual's mobility and the public's right to expect a reasonable level of road safety. In terms of competency, CAA encourages provincial governments to implement uniform programs of periodic re-examination of all drivers, not just aged drivers. CAA further recommends that drivers be required to submit to periodic eye and physical examinations and to provide the results to a licensing authority.

CAA recognizes that the ability to drive is important to independence for many seniors. We acknowledge that seniors require mobility for access to medical appointments, volunteer work and for social reasons. To accommodate these situations where seniors are able to safely drive under certain circumstances — for example during daylight hours — CAA recommends that governments introduce conditional licences for drivers who have reduced physical abilities that will impact their

aucune valeur statistique, mais il situe le débat dans son contexte et, chose curieuse, confirme les données recueillies dans le sondage d'opinion que la CAA effectue tous les ans. En 2004, dernière année où des données ont été réunies au sujet des conducteurs âgés, un sondage réalisé par Earncliffe a montré que 95 p. 100 des Canadiens estiment que les conducteurs doivent se soumettre à des tests obligatoires de la vue lorsqu'ils atteignent un certain âge et que 88 p. 100 sont d'avis qu'un examen obligatoire sur la route s'impose également à un certain âge. Dans un cas comme dans l'autre, la vaste majorité des répondants sont d'avis qu'il est normal d'imposer un examen à un moment donné, et la CAA a remarqué que ce sont des questions comme l'examen obligatoire de la vue et des compétences des conducteurs qui préoccupent la très vaste majorité.

De plus, lorsqu'il s'agit d'évaluer les capacités du conducteur d'un certain âge, il importe de tenir compte de facteurs comme la capacité physique, l'adresse dans la conduite et l'état des routes.

Dans le dossier de la mobilité des aînés, la CAA met davantage l'accent sur ce large éventail de facteurs que sur l'âge seulement. L'âge n'est pas le seul facteur dont dépend la capacité de conduire en toute sécurité, mais les conditions qui accompagnent ce facteur ont une incidence sur cette capacité. Il importe donc de se rappeler que les compétences ne diminuent pas de la même façon ni au même rythme chez tous, mais que des facteurs liés au vieillissement, comme la diminution de l'acuité visuelle et auditive et la lenteur des réflexes, peuvent poser des problèmes. Voilà pourquoi la CAA préconise une approche globale de la question de la sécurité chez les conducteurs âgés.

Je vais donc parler aujourd'hui surtout de trois points qui sont cruciaux dans ce débat : premièrement, l'équilibre entre les besoins personnels sur le plan de la mobilité et le droit du public à la sécurité routière; deuxièmement, l'établissement d'un large appui pour s'attaquer à la question des conducteurs âgés; et troisièmement, le rôle du gouvernement à l'égard de la mobilité des aînés et de la sécurité routière.

Le premier point correspond au principe fondamental qui soutient l'approche de la CAA dans cet important dossier. La conduite automobile est un privilège et non un droit. Par conséquent, il faut ménager un bon équilibre entre la mobilité de la personne et le droit du public à une sécurité routière raisonnable. Pour ce qui est des compétences, la CAA exhorte les gouvernements provinciaux à appliquer des programmes uniformes de réexamen périodique pour tous les conducteurs. La CAA recommande également que les conducteurs soient tenus de se soumettre à des examens de la vue et médicaux périodiques et à communiquer les résultats aux autorités qui délivrent les permis de conduire.

La CAA est également consciente du fait que la capacité de conduire est un élément central de l'autonomie de nombreux aînés. Elle reconnaît qu'ils doivent pouvoir se déplacer pour diverses raisons — services médicaux, bénévolat, raisons sociales. Elle recommande, pour tenir compte des cas où les aînés peuvent conduire en toute sécurité dans certaines circonstances (par exemple, pendant le jour), que les gouvernements permettent d'accorder des permis assortis de conditions diverses pour les

driving skills. This would provide these individuals with the opportunity to continue driving with restrictions rather than losing their licences altogether.

This brings us to the second point: How can Canada build broad support to address the issue of aging drivers? To address this issue, CAA has developed an action plan to address proactively the challenges that face aging drivers and their families. Since 1993, we have helped senior drivers by providing assessment and screening tools, additional training and sources of supplemental transportation. Specifically, CAA offers mature driving courses, senior and mature drivers' comprehensive workshops, assessment tools and online evaluations and tips sheets for our members.

Despite these measures, it is important to recognize that building a broad-based support for solutions that will ensure mobility for seniors in Canada requires a larger cast. Governments, health professionals, public transit authorities, driver training facilities, auto manufacturers and family members also have a role to play.

CAA therefore supports a strategy that includes conditional licenses for drivers with reduced physical abilities, improvements to road and highway design, changes in vehicle design that make allowances for the needs of aging drivers, and education and tools on driver and road safety to assist drivers and their families in determining competence.

The third area I would like to speak to is the government's role in ensuring mobility for seniors and maintaining road safety in Canada. CAA supports a strategy that takes into account more than conditional licensing for drivers with reduced physical abilities. The government should also consider the broader picture, including improvements to road and highway design to take into account the needs of aging drivers. Although Canada is in the enviable position of having world-class roadways and public transit systems, they are deteriorating at a rate that will cause significant challenges for seniors. Congested and poorly maintained roadways do not provide drivers with the confidence needed to navigate them safely. This can present an added challenge for seniors who may face difficulties seeing road signs, irregular pavement markers and are intimidated by roads that are increasingly faster, larger and more congested.

While the primary responsibility for many of these initiatives lies with provincial governments, the federal government also has a role to play, which extends to more than its responsibility for roads that fall under federal jurisdiction. The federal government has a responsibility to ensure that national road and highway policies are improved with seniors in mind. This can be

conducted dont la limitation des capacités physiques a un effet sur leurs capacités de conduire. Ces personnes pourraient ainsi conduire en ayant un permis prévoyant des restrictions au lieu de perdre complètement leur permis.

Ce qui m'amène au deuxième point : Comment le Canada peut-il susciter un large appui pour s'attaquer à la question des conducteurs âgés? Pour s'attaquer à la question, la CAA a élaboré un plan d'action afin de relever de façon proactive les défis des conducteurs âgés et de leur famille. Depuis 1993, nous avons aidé les conducteurs âgés en leur proposant des outils d'évaluation et de contrôle, un complément de formation et des moyens de transport supplémentaires. Plus expressément, la CAA propose des cours pour les conducteurs d'âge mûr, des ateliers complets pour les conducteurs d'âge mûr et âgés, des moyens d'évaluation, des évaluations en direct et des conseils pour ses membres.

Il importe de reconnaître que, si on veut susciter un large appui pour garantir la mobilité des aînés au Canada, ces mesures ne suffisent pas. Les gouvernements, les professionnels de la santé, les autorités en matière de transport en commun, les services de formation des conducteurs, les fabricants d'automobiles et les membres des familles ont également un rôle à jouer.

La CAA est donc en faveur d'une stratégie qui prévoit des permis assortis de restrictions pour les conducteurs dont les aptitudes physiques sont réduites, des améliorations de la conception des routes pour tenir compte des besoins des conducteurs âgés, des modifications de la conception des véhicules pour répondre aux besoins de ces conducteurs, de l'information et des outils concernant la sécurité des conducteurs et la sécurité routière pour aider les conducteurs âgés et leur famille à évaluer les compétences en matière de conduite.

Le troisième point que je voudrais aborder est le rôle du gouvernement à l'égard de la mobilité des aînés et de la sécurité routière au Canada. La CAA appuie une stratégie qui ne se limite pas aux permis assortis de restrictions pour les conducteurs aux capacités physiques réduites. En effet, le gouvernement devrait également tenir compte d'un contexte plus vaste, et notamment de facteurs comme les améliorations à apporter à la conception des routes pour répondre aux besoins des conducteurs âgés. Certes, la situation du Canada est enviable, car il est doté d'un réseau routier et de systèmes de transport en commun de calibre mondial, mais ils se dégradent à un rythme tel qu'ils présenteront des difficultés non négligeables pour les conducteurs âgés. Les routes congestionnées et mal entretenues ne donnent pas aux conducteurs la confiance voulue pour y circuler en toute sécurité. Cela peut présenter des difficultés de surcroît pour les aînés, qui peuvent avoir du mal à distinguer la signalisation routière et les indications d'irrégularités dans la chaussée, et qui sont intimidés par des routes plus rapides, plus importantes et plus congestionnées que celles où ils ont appris à conduire.

Bien que la responsabilité première à l'égard de nombre de ces initiatives revienne aux provinces, le gouvernement fédéral a également un rôle à jouer. Et cela dépasse sa seule responsabilité à l'égard des routes de ressort fédéral. Le pouvoir central doit également veiller à ce qu'il soit tenu compte des aînés lorsqu'il s'agit d'améliorer la politique routière nationale. Il peut le faire en

accomplished by working with provincial governments to develop a coordinated approach to transportation planning, increasing access to public transit and ensuring that provinces have a uniform testing and evaluation method for all drivers.

CAA remains committed to working closely with all levels of government, including municipal governments to pursue policy changes, improve road infrastructure and design and improve public transit to ensure seniors continue to have mobility choices.

One example where municipalities can assist is demonstrated by a recent American Automobile Association study conducted in Michigan. Analysis of crash data found that low-cost intersection improvements had a greater benefit for drivers 65 years and older than for those 25 years to 64 years. The improvements included low-cost traffic safety engineering enhancements such as re-timed traffic signals, larger traffic lights and dedicated left-turn lanes.

With over 900,000 kilometres of roads and highways, Canada's vast geography will continue to present mobility challenges for all motorists. CAA is dedicated to ensuring driver mobility as long as safely possible. Aging itself is not an indicator of decreased driving skill and ability. We should focus on many solutions including conditional licensing, improvements to road and highway design, changes in vehicle design and road safety education that takes into account our aging population and the changes that need to be made to accommodate those drivers. We will continue to actively raise awareness through public outreach programs to educate motorists and dispel myths about older drivers.

Dr. Briane Scharfstein, Associate Secretary General, Professional Affairs, Canadian Medical Association: I will speak to you today on behalf of the Canadian Medical Association and our 67,000 physician members across the country. I want to thank the committee for the invitation to come and express our views.

I will make my comments in two areas, as reflected in the original questions. One is to outline the mechanisms and processes to ensure the safety and competency of physicians in their practices in which we have a long history of involvement and activity. Second, I will also touch on aging drivers because we also have involvement on that issue.

Relating to maintenance of competence, it links to something that the CMA has advocated for many years which is the elimination of mandatory retirement. This issue goes back some time and most recently was addressed through correspondence and advocacy in March 2004 when we wrote to Pierre Pettigrew and others outlining our concerns as they affect physicians where

collaborant avec les provinces pour élaborer une approche coordonnée de la planification des transports, accroître l'accès aux transports en commun et s'assurer que les provinces ont des méthodes uniformes d'examen et d'évaluation pour tous les conducteurs.

La CAA demeure déterminée à collaborer étroitement avec tous les ordres de gouvernement, dont les municipalités, pour modifier les orientations, améliorer l'infrastructure et la conception des réseaux routiers locaux, et améliorer les transports en commun pour que les aînés aient divers choix à leur disposition pour se déplacer.

Une étude réalisée récemment par l'American Automobile Association au Michigan donne un exemple d'initiative que les municipalités peuvent prendre. L'analyse des données sur les collisions a montré que des améliorations peu coûteuses aux intersections ont été plus avantageuses, sur le plan de la sécurité, pour les conducteurs de 65 ans et plus que pour ceux qui ont entre 25 et 64 ans. Parmi les améliorations, notons des améliorations techniques peu coûteuses pour accroître la sécurité comme une signalisation mieux synchronisée, des feux de circulation plus gros et des voies réservées pour les virages à gauche.

Le vaste territoire canadien, qui compte plus de 900 000 kilomètres de routes, continuera de présenter des difficultés du point de vue de la mobilité de tous les automobilistes. La CAA tient à garantir la mobilité des conducteurs le plus longtemps possible, dans le respect de la sécurité. L'âge seul n'est pas un indicateur de la diminution des aptitudes et compétences des conducteurs. Nous devrions nous intéresser à de nombreuses solutions, dont les permis assortis de restrictions, des améliorations de la conception des routes, des modifications dans la conception des véhicules et une sensibilisation à la sécurité routière qui tient compte du vieillissement de la population et des changements nécessaires aux conducteurs plus âgés. Nous continuerons de sensibiliser l'opinion au moyen de programmes d'information pour renseigner les automobilistes et démasquer les mythes au sujet des conducteurs âgés.

Dr Briane Scharfstein, secrétaire général associé, Affaires professionnelles, Association médicale canadienne : Je vais m'adresser à vous aujourd'hui au nom de l'Association médicale canadienne et de ses 67 000 médecins membres de partout au pays. Je tiens à remercier le comité de nous avoir invités à vous faire part de nos vues.

Mes observations porteront sur deux thèmes, repris à partir des questions initiales. Tout d'abord, je décrirai les mécanismes et processus en place pour veiller à la sécurité et à la compétence des médecins dans l'exercice de leur profession, aspects auxquels nous travaillons depuis longtemps. Ensuite, j'aborderai la question des conducteurs âgés, car nous nous intéressons également à ce sujet.

Le maintien de la compétence est lié à un élément que l'AMC préconise depuis des années, soit l'abolition de la retraite obligatoire. Cette question remonte à loin et, plus récemment, il en a été question dans des échanges de correspondance et des efforts de promotion des intérêts en mars 2004, quand nous avons écrit à Pierre Pettigrew et à d'autres intéressés pour leur faire part

they have been at times subjected to mandatory retirement. In the background material we have provided, you will find more information on that subject. That information is a prelude to this discussion. I would like to highlight what the profession does to assure competency that we hope minimizes the need for any age restriction or mandatory requirement. At the end of my presentation, I will also touch on some of the physician resource issues and shortages that make that an even more significant concern.

In regard to ensuring the competence of physicians for whatever reason, that is a pre-eminent issue for any self-regulating profession, and none more so than the medical profession. In return for the privilege of being self-regulating, the profession has a number of ways to ensure competence to the public and to our patients. Essentially, they involve both individual as well as collective obligations to engage in life-long learning; to recognize and report on issues of competence, of either yourself or your peers; and to participate in peer review processes as well.

The individual responsibilities for that maintenance of competence are enshrined to some extent in our code of ethics. Among the numerous clauses that are contained within the code, four pertain specifically to the discussion today: the expectation that all physicians practise medicine competently; that they engage in life-long learning; they report to the appropriate authorities any unprofessional conduct; and that they participate in peer review. To put it simply, physicians are expected to hold themselves and their colleagues accountable for their ongoing competence, regardless of age.

I would also point out that we work from the premise that one's competence can be affected by illness and adversity at any stage in one's career. Therefore, the need to do that is not specifically reflected in one's age. Although there may be increased scrutiny in some programs linked to age, we recognize that is only one of a multitude of factors. The processes that ensure competence apply throughout the physician's life cycle.

Second, there are also a variety of mechanisms that are under the rubric of collective responsibility for both life-long learning and peer review. That plays out in a number of areas — first, through the credential process itself. If physicians are family physicians, they receive their credentials initially through the College of Family Physicians of Canada, or if they are specialists, they receive them through the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. In both cases, to obtain your credentials and maintain them, there are requirements linked to maintenance of competence and life-long learning. You need to undertake a specific amount of annual continuing education and report it to the certifying bodies.

In addition to the scrutiny at the collective level through the credential process, a separate provincial organization issues a licence. Simply obtaining the credentials to maintain your

de nos préoccupations puisqu'il était déjà arrivé que des médecins soient contraints à la retraite obligatoire. Dans la documentation que nous avons fournie, vous trouverez de plus amples renseignements à cet égard. Cette information est un prélude à cette discussion. J'aimerais souligner ce que fait la profession pour assurer la compétence de façon à réduire autant que possible la nécessité d'imposer une limite d'âge ou une exigence obligatoire. À la fin de mon exposé, j'évoquerai aussi certains problèmes encore plus préoccupants liés à la pénurie de médecins.

Le maintien de la compétence des médecins, quelle que soit la raison, constitue une question primordiale pour toute profession autoréglémentée, et en particulier pour les médecins. En contrepartie du privilège d'autoréglementer, la profession comporte un certain nombre de moyens pour garantir au public et aux patients la compétence des médecins. Il s'agit essentiellement d'obligations individuelles et collectives à suivre des cours de formation continue; à reconnaître et à signaler le manque de compétence, dans sa propre pratique ou celle de ses pairs; et à prendre part également à des processus d'évaluation par les pairs.

Les responsabilités individuelles à l'égard du maintien de la compétence sont enchâssées, dans une certaine mesure, dans notre code de déontologie. Parmi les nombreuses dispositions prévues dans le code, quatre se rattachent particulièrement à la discussion d'aujourd'hui : le fait de s'attendre que tous les médecins exercent leur profession de manière compétente; qu'ils suivent des cours de formation continue; qu'ils signalent aux autorités compétentes toute conduite contraire à l'éthique professionnelle; et qu'ils prennent part aux évaluations par les pairs. Bref, on s'attend des médecins qu'ils rendent compte du maintien de leur compétence et de leurs collègues, et ce, quel que soit leur âge.

Je tiens également à souligner que nous partons du principe que la maladie et l'adversité peuvent avoir une incidence sur la compétence d'une personne à n'importe quel moment de sa carrière. Par conséquent, cette obligation n'est pas précisément liée à l'âge. Bien que certains programmes prévoient un examen accru en fonction de l'âge, nous reconnaissons qu'il s'agit d'un facteur parmi tant d'autres. Les processus qui assurent la compétence s'appliquent tout au long de la carrière du médecin.

Deuxièmement, il y a aussi une variété de mécanismes qui s'inscrivent dans le cadre de la responsabilité collective de suivre des cours de formation continue et de se soumettre à des évaluations par les pairs. Cela s'applique à un certain nombre de secteurs — à commencer par le processus d'accréditation lui-même. Les médecins de famille reçoivent leur accréditation initialement par l'entremise du Collège des médecins de famille du Canada, et les spécialistes, par l'entremise du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Dans un cas comme dans l'autre, pour obtenir et conserver son accréditation, des exigences relatives au maintien de la compétence et à la formation continue doivent être respectées. Chaque année, il faut suivre un nombre précis de cours de formation continue et en faire rapport aux autorités de certification.

En plus de l'évaluation collective par l'entremise du processus d'accréditation, un organisme provincial distinct émet un permis. L'accréditation pour conserver votre titre de médecin de famille

specialty status either as a family physician or specialist is not enough; you must also apply annually to renew your licence with a provincial licensing authority. In most provinces, that is a college of physicians and surgeons.

The licensing authorities, in particular over the last five to 10 years, have put in place a fairly robust process to monitor and assess physicians and their competence. Most colleges, in addition to an annual renewal of licence that requires physicians to answer a number of questions, also have a peer review process where physicians are randomly selected and required to have their office practises audited by their peers. Those processes tend to include what one might refer to as a 360-degree assessment, where there is a comprehensive assessment, including sampling questionnaires from patients, colleagues and co-workers and other health professionals.

In addition, physicians who practise in institutional settings — predominantly hospitals — have a more rigorous process in maintaining quality and competence. There is a credential committee and process whereby physicians are regularly reviewed and have to apply for their privileges annually. The quality of care provided in the institutions is monitored regularly as well. Rather than having physicians either completely in or out of practice, often their privileges may be varied over time, linked to declining competency in certain areas — again, avoiding a set age-restriction requirement to leave practice.

Finally, the Canadian Medical Protective Association, in addition to providing liability insurance for physicians, has a comprehensive set of educational programs that tend to be driven by identifying those areas of risk where physicians may be most likely to get themselves into difficulty. There is a fairly robust set of educational offerings that they have for physicians in those circumstances.

Taken in total from the individual physician's professional and ethical responsibilities, which are held quite close to the profession, to the collective activities of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada and the provincial licensing authorities, I would suggest that the profession does subscribe to the idea that competence is something that must be regularly reviewed and enhanced, but across the career life cycle and not just linked to a specific age.

These reviews and assessments have tended to be grounded in evidence, and have been gathered from years of experience — tools that can ensure competence. There is probably more to go and I think you will be hearing from the national umbrella agency of the provincial licensing authorities. You will probably hear a bit more about the concept of revalidation, where activity that is even more significant is being undertaken by the provincial licensing authorities to ensure competence.

ou de spécialiste ne suffit pas; il faut aussi présenter chaque année une demande de renouvellement de son permis auprès d'une autorité provinciale chargée de délivrer les permis. Dans la plupart des provinces, il s'agit d'un collège des médecins et chirurgiens.

Les autorités chargées de délivrer les permis, plus particulièrement au cours des cinq à dix dernières années, ont mis en place un processus assez rigoureux pour surveiller et évaluer les médecins et leur compétence. En plus d'un renouvellement annuel du permis qui exige des médecins qu'ils répondent à un certain nombre de questions, la plupart des collèges prévoient aussi un processus d'évaluation par les pairs où les médecins sont choisis au hasard et doivent se soumettre à un examen par leurs pairs. Ces processus englobent habituellement ce qu'on peut appeler une évaluation tous azimuts, où l'on procède à une évaluation exhaustive, y compris interroger des patients, des collègues et compagnons de travail et d'autres professionnels de la santé.

En outre, les médecins qui travaillent en milieu institutionnel — principalement des hôpitaux — doivent suivre un processus plus rigoureux pour maintenir la qualité et la compétence. Un processus et un comité de l'accréditation évaluent régulièrement les médecins, qui doivent présenter une demande de renouvellement de leurs privilèges chaque année. La qualité des soins offerts dans les établissements est également surveillée périodiquement. Plutôt que d'avoir des médecins qui pratiquent et d'autres qui ne pratiquent pas du tout, les privilèges des médecins peuvent souvent varier au fil du temps, en raison d'une baisse de la compétence dans certains domaines — là encore, cette méthode permet d'éviter de fixer une limite d'âge pour cesser de pratiquer.

Pour terminer, l'Association canadienne de protection médicale, en plus de fournir une assurance responsabilité aux médecins, offre un ensemble complet de programmes d'éducation qui sont habituellement axés sur l'établissement des secteurs à risque les plus susceptibles de poser problème aux médecins. Il comprend un ensemble assez vaste de programmes d'éducation pour les médecins dans ces situations.

En prenant en considération l'ensemble des responsabilités professionnelles et éthiques de chaque médecin, qui sont assez près de la profession, les activités collectives du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et les autorités provinciales de certification, je dirais que la profession souscrit à l'idée selon laquelle la compétence doit être examinée et améliorée régulièrement, mais tout au long de la carrière, pas uniquement en fonction de l'âge.

Ces examens et évaluations se sont habituellement appuyés sur des faits et sont le résultat d'années d'expérience — il s'agit d'outils pouvant assurer la compétence. Il y a encore probablement du travail à faire et je pense que vous entendrez l'avis de l'organisme national qui encadre les autorités de certification provinciales. On vous en dira probablement un peu plus long sur le concept de revalidation, où les autorités de certification provinciales sont encore plus actives pour assurer la compétence.

All that to say that by virtue of those processes, we do think that the need for any arbitrary regulation based on age is not required. We would suggest that annual review processes and maintenance of competence expectations is the preferred route. There is additional background material provided to you in that regard, and I would be happy to answer any additional questions you might have about that subject.

I will touch on the second subject briefly, which was the question of medical fitness to drive. As you probably know, the profession has had a long history of involvement in determining fitness to drive for medical reasons. The CMA has been very involved and we produce a guide for physicians to assist them in making this determination. We are now on the seventh edition, which has been published in the last year or so, to give physicians assistance in helping with the determination of fitness to drive.

In most provinces, there is an obligation or an expectation that physicians will report where they suspect an individual may not be fit to drive. Anecdotally, I will tell you that is often difficult for physicians to do. The determination itself is not simple because it is not only age related. In the one section in the guide that is specifically on aging, it is interesting to note that it starts with the observation that aging, per se, does not necessarily compromise a person's ability to drive. It is the other conditions, medical and likewise, which accompany and become more likely with aging that, in fact, affect a person's ability to drive. Those are then covered in all the other sections.

We do have a bit of direction specifically linked to aging. What we know from the data that we have seen over the years is that healthy aging drivers are probably safer because of their experience. Again, we put emphasis more on assessing the conditions themselves.

I am also aware of a couple of issues that have come up with respect to physicians assisting with keeping safe drivers on the road and unsafe drivers off, and they are reflected in the requirements to report and the assessments that occur after. Hopefully, our guide helps in that regard.

Finally, I will make a couple of comments that are linked to the discussions of aging and maintaining competence, and that is in regard to the physician workforce. Although it is not a specific question for this particular panel today, I would point out that we have a desperate shortage of physicians in Canada, probably more than most OECD countries. We probably rank around 24 out of 30 among OECD countries in the number of physicians we have for the population. A significant percentage of our members and of practising physicians is over 65; 13 per cent is a close approximation. Those physicians are in full-time practice, and I would suggest that they are desperately needed. It is probably even a more significant issue for us in a time of shortage as we have now than it might be in a time of surplus. Fortunately, with the processes we have to ensure competence, we are fairly confident we are avoiding putting the public at risk

Tout cela pour dire qu'étant donné ces processus, nous ne croyons pas qu'une réglementation arbitraire fondée sur l'âge soit nécessaire. À notre avis, des processus d'examen annuels et des attentes en matière de maintien de la compétence sont préférables. Nous vous avons fourni des documents d'information additionnels à cet égard et je serai ravi de répondre à vos questions à ce sujet.

J'aborderai brièvement le deuxième sujet, soit la question de l'aptitude à conduire. Comme vous le savez probablement, la profession tâche depuis longtemps de déterminer l'aptitude à conduire sur le plan médical. L'AMC a été très active dans ce dossier et nous avons produit un guide à l'intention des médecins pour les aider à faire cette détermination. Nous en sommes maintenant à la septième édition, qui a été publiée l'an dernier et vise à aider les médecins à déterminer l'aptitude d'une personne à conduire.

Dans la plupart des provinces, les médecins sont censés ou doivent faire rapport lorsqu'ils soupçonnent qu'une personne n'est peut-être pas apte à conduire. De façon générale, c'est souvent difficile à faire pour les médecins. Ce n'est pas quelque chose facile à déterminer parce que la question n'est pas uniquement liée à l'âge. Dans la section du guide portant précisément sur l'âge, il est intéressant de noter qu'on commence par dire que le vieillissement en soi ne compromet pas forcément l'aptitude d'une personne à conduire. Ce sont d'autres facteurs, notamment d'ordre médical, qui accompagnent le vieillissement et risquent davantage de survenir avec l'âge, qui influent sur la capacité d'une personne à conduire. Toutes les autres sections traitent de ces facteurs.

Nous savons un peu quelle voie prendre en ce qui concerne le vieillissement, plus particulièrement. D'après les données que nous avons vues au fil des ans, nous savons que les conducteurs âgés en bonne santé conduisent probablement plus prudemment que les autres en raison de leur expérience. Là encore, nous insistons davantage sur l'évaluation des conditions mêmes.

Je suis également au courant de quelques problèmes qui ont été soulevés relativement à l'aide apportée par les médecins pour établir qui est apte ou non à conduire, en raison de leur obligation de faire rapport et des évaluations subséquentes. Nous espérons que notre guide sera utile à cet égard.

Enfin, je dirai quelques mots relativement aux discussions liées au vieillissement et au maintien de la compétence, et ce, en tenant compte des effectifs de médecins. Bien que ce ne soit pas une question précise qu'étudie ce groupe particulier aujourd'hui, je tiens à signaler que nous avons désespérément besoin de médecins au Canada, probablement plus que la majorité des pays de l'OCDE. Nous nous classons environ au 24^e rang sur 30 parmi les pays de l'OCDE au chapitre du nombre de médecins par rapport à la population. Un pourcentage élevé de nos membres et de nos médecins en exercice ont plus de 65 ans; 13 p. 100 pour être un peu plus exact. Ces médecins travaillent à plein temps, et je dirais que nous en avons désespérément besoin. C'est probablement une question encore plus importante en période de pénurie, comme c'est le cas actuellement, que lorsque nous en avons trop. Heureusement, grâce aux processus dont nous disposons pour

by encouraging these physicians to continue to practise while into their seventies and even beyond. We are fairly confident in the vast majority of cases that they practice competently with good result.

The other issue that is not specifically here but which we have had some interest in is the care of the elderly generally, and if the committee will consider other aspects of aging and health, in particular, issues such as access to services for the elderly as well as the funding of long-term care, those are both areas in which we have had interest and have done some work and research. In the package we have given you, there is background related to both those issues, so we would be certainly happy to come back again to have further discussions on those subjects.

Finally, I would like to thank you for the invitation and for sharing a few thoughts, and we look forward to your questions and to adding any clarity that might be missing from the presentation.

The Chair: Thank you very much and thank you for raising those additional issues because they are of concern to your committee.

Dr. Michel Bédard, Canada Research Chair in Aging and Health, Lakehead University: Honourable senators, the mandate of the committee is to “examine and report upon the implications of an aging society in Canada.” Few issues are as salient for an aging society as the maintenance of mobility. While there are many definitions of “mobility,” I use a simple one: “mobility is the ability to go wherever we want whenever we want.”

Access to transportation is crucial to maintaining mobility as we age. For most Canadians, access to transportation means access to an automobile and, typically, driving an automobile. The automobile is a great tool to maintain independence and enjoy a good quality of life. Unfortunately, for many older adults, but not all, aging leads to limitations of their ability to drive safely. Whether it is related to aging or health-related conditions, this phenomenon is becoming increasingly apparent in statistics. With increasing numbers of older drivers and greater distances travelled by them, safe driving is emerging as an important issue for Canadian society, both from an injury prevention perspective and a quality of life perspective.

We see three important areas where we can make a difference. First, we need to increase our understanding of the situations that are problematic for older drivers and of the factors contributing to those difficulties, and we need to develop better approaches to screen and assess potentially unsafe drivers. Second, we need to develop strategies to enhance safe driving. Third, we need to support the transportation needs of older drivers after they stop driving.

assurer la compétence, nous pensons éviter de compromettre la sécurité publique en encourageant ces médecins à continuer d'exercer leur profession jusqu'à ce qu'ils atteignent 70 ans et même plus. Dans la vaste majorité des cas, nous avons tout lieu de croire qu'ils sont compétents.

L'autre question qui n'est pas expressément à l'étude ici, mais à laquelle nous avons porté un certain intérêt, ce sont les soins aux personnes âgées de façon générale. Si votre comité examine d'autres aspects du vieillissement et de la santé, plus particulièrement des questions telles que l'accès aux services pour les personnes âgées et le financement des soins de longue durée, ce sont là deux secteurs auxquels nous nous sommes intéressés et pour lesquels nous avons fait du travail et des recherches. La documentation que nous vous avons remise contient des informations sur ces deux questions. Nous serons très heureux de revenir pour discuter plus avant de ces sujets.

Pour terminer, je tiens à vous remercier de m'avoir invité à vous faire part de quelques idées. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions et de faire la lumière sur certains points qui étaient peut-être moins clairs dans l'exposé.

La présidente : Merci beaucoup et merci d'avoir soulevé ces autres points parce qu'ils préoccupent le comité.

Dr Michel Bédard, chaire de recherche du Canada en vieillissement et santé, Université Lakehead : Honorables sénateurs, le comité a pour mandat « d'examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne ». Peu de questions importent autant pour une société vieillissante que le maintien de la mobilité. Bien qu'il existe de nombreuses définitions du terme « mobilité », celle que j'utilise est bien simple : « la mobilité est la capacité d'aller où l'on veut, quand on veut ».

L'accès aux transports est essentiel pour conserver sa mobilité quand on vieillit. Pour la majorité des Canadiens, l'accès aux transports signifie avoir une voiture et, habituellement, en conduire une. L'automobile est un excellent moyen pour jouir de l'indépendance et d'une bonne qualité de vie. Malheureusement, bien des gens, mais pas tous, perdent leur capacité de conduire prudemment en prenant de l'âge. Que ce soit lié à l'âge ou à l'état de santé, ce phénomène ressort de plus en plus dans les statistiques. En raison du nombre croissant de conducteurs âgés et des plus grandes distances qu'ils parcourent, la sécurité routière devient une question importante pour la société canadienne, tant dans l'optique de la prévention des blessures que de la qualité de vie.

À notre avis, nous pouvons changer les choses dans trois grands secteurs. Premièrement, nous devons mieux comprendre les situations qui posent problème aux conducteurs âgés et les facteurs contribuant à ces difficultés et nous devons mettre au point de meilleures approches pour dépister et évaluer les conducteurs potentiellement dangereux. Deuxièmement, nous devons élaborer des stratégies pour accroître la sécurité au volant. Troisièmement, nous devons répondre aux besoins en matière de transport des conducteurs âgés lorsqu'ils cessent de conduire.

We have yet to fully understand what leads to decreases in safe driving among older adults. These can be age-related changes, for example, reduction in attention capacity, or health-related changes, for example, the development of cataracts. In most instances, older drivers develop compensatory strategies to deal with declines in their driving abilities, for example, not driving at night.

However, many older drivers will experience deterioration of driving that exceeds their ability to compensate for changes. Therefore, it is important to screen and assess older drivers adequately. To do so serves a crucial injury prevention role but also allows for the identification of individuals who may benefit from interventions to enhance safe driving, and it also prevents the use of age- or diagnosis-based labels to determine who should and should not drive.

It is important to emphasize that we are concerned with unsafe drivers, and there are some in all age categories, not just older drivers. However, we have yet to develop suitable screening methods and current assessment approaches are both expensive and lengthy.

It is also important to emphasize that the preferable approach to prevent crashes is to optimize safe driving. This approach supports the mobility and independence needs of older adults and can be focused on drivers, the driving environment and the automobile. Training and education programs for older drivers are emerging constantly, and recent evidence suggests that they may be effective to enhance safe driving. Changes to the driving environment, for example, better signs and road engineering changes, also appear to support safe driving. In addition, changes to automobiles, for example, advance warning systems, may also enable older drivers to be safer. Much work remains to be done to optimize safe driving, but this is a constructive, proactive approach that underscores the maintenance of quality of life for older Canadians.

Unfortunately, and despite attempts to optimize safe driving, many older adults will have to stop driving because of declines in their driving abilities, and others may stop for other reasons. For many who stop driving, the consequences can be profound, including reduced mobility, increases in depression symptoms and reduction in life satisfaction. The repercussions are not limited to drivers alone but may also affect other family members and the greater network of the drivers who often take over transportation responsibilities.

The impact of driving cessation highlights the potential inadequacy of current transportation alternatives to driving one's own automobile. It is important to realize that older adults who cannot drive are often not in a position to use public

Nous ne savons pas encore tout à fait ce qui entraîne une diminution de la conduite sécuritaire chez les personnes âgées. Par exemple, ce peut être attribuable à une réduction de l'attention, des changements liés à l'âge ou à la santé, comme le développement de cataractes. Dans la plupart des cas, les conducteurs âgés trouvent des stratégies pour remédier à l'affaiblissement de leur capacité de conduire, en cessant de conduire la nuit, par exemple.

Toutefois, la performance au volant d'un grand nombre de conducteurs âgés se détériorera au point où ils ne pourront plus remédier à la situation en modifiant leurs habitudes de conduite. C'est pourquoi il est important de dépister et d'évaluer les conducteurs âgés adéquatement. Ce faisant, on assume un rôle crucial en matière de prévention des blessures, mais on peut aussi établir qui pourrait bénéficier d'interventions pour accroître la sécurité au volant, tout en évitant d'utiliser des facteurs liés à l'âge et à l'état de santé pour déterminer qui devrait ou ne devrait pas conduire.

Il importe de souligner que ce sont les conducteurs dangereux qui nous préoccupent et qu'il en existe dans toutes les catégories d'âge, pas seulement chez les conducteurs âgés. Il nous reste cependant à élaborer des méthodes de dépistage adéquates, et les méthodes actuelles sont à la fois coûteuses et longues.

Il importe aussi de souligner que l'approche à privilégier pour prévenir les accidents, c'est d'optimiser la prudence au volant. Cette approche répond aux besoins de mobilité et d'indépendance des personnes âgées et peut être axée sur les conducteurs, les routes et l'automobile. On ne cesse de créer des programmes de formation et d'éducation destinés aux conducteurs âgés, et des faits récents donnent à entendre qu'ils peuvent être efficaces pour améliorer la conduite. Des changements au contexte de conduite, par exemple une meilleure signalisation et des modifications aux caractéristiques des routes semblent aussi favoriser la sécurité routière. De plus, des modifications aux automobiles telles que des systèmes de présignalisation peuvent aussi assurer une plus grande sécurité aux conducteurs âgés. Il reste encore beaucoup à faire pour optimiser la sécurité au volant, mais il s'agit d'une approche constructive et proactive qui souligne le maintien de la qualité de vie des Canadiens âgés.

Malheureusement, et malgré les tentatives pour optimiser la sécurité au volant, un grand nombre de personnes âgées devront cesser de conduire en raison d'une baisse de leurs aptitudes à conduire tandis que d'autres arrêteront peut-être pour d'autres raisons. Pour bon nombre de personnes qui ne conduisent plus, les répercussions peuvent être profondes, y compris une mobilité réduite, une hausse des symptômes de dépression et une réduction de la joie de vivre. Ces répercussions ne se limitent pas aux conducteurs, et peuvent aussi toucher d'autres membres de la famille et les autres conducteurs souvent appelés à assurer le transport.

L'incidence de la perte de la capacité de conduire met en évidence l'inefficacité potentielle des autres moyens de transport pour remplacer l'automobile. Il est important de prendre conscience que les personnes âgées qui ne peuvent plus conduire

transit, assuming it is available. Many older adults living in rural areas may be forced to move to urban centres, possibly resulting in significant disruption in their lives.

In conclusion, aging poses a serious threat to anyone dependent on the automobile for mobility needs. Yet, a greater number of older adults than any previous cohort are relying on the automobile for transportation. This phenomenon will accelerate in coming years.

Most older adults want to live in their community for as long as possible. Enabling them to maintain their mobility is essential to ensure this goal and to support independence and quality of life. Supporting safe driving for as long as possible is one important strategy and also the preferred one by older adults. As a society, we will have to rely on multiple approaches, including the optimization of safe driving and the development of alternative forms of transportation to meet the mobility needs of coming older generations. Flexibility and innovation in the conception and implementation of those approaches will be necessary to meet the needs of older adults living in urban and rural areas.

Dr. Shawn Marshall, Associate Professor, The Rehabilitation Centre, Ottawa Hospital: Honourable senators, thank you very much for inviting me to present to this committee today.

I would like to address the issue of the older driver, and for today's presentation, I will address the medical issues of assessment of fitness to drive with regard to older drivers, identify current research initiatives for older drivers, and highlight research directions in older driver research.

With regard to background for older drivers, in North America, driving is a basic activity of daily living. Driving is important to everyone. It affects the ability to integrate into the community and to complete essential daily tasks, such as going to the grocery store and attending appointments. Loss of licence clearly can have affects, particularly, in older drivers. It leads to depression, isolation, loss of self-esteem, loss of housing and being forced to move from rural residences to urban residences.

Contrary to much of the public and media opinion, most older persons are healthy, and most older persons are the safest drivers on the road. The higher prevalence of medical illness and associated impairments are the explanation for the decline in driving ability for some older drivers, and those drivers are responsible for the increasing crash rates that are identified in the literature.

The problem will escalate. By 2030, 25 per cent of drivers will be aged 65 or greater; by the year 2025, the number of drivers aged 65 or greater will be doubled. At age 65, there is a prevalence of 8 per cent of the population with dementia;

ne sont souvent pas en mesure de prendre le transport en commun, à supposer que le service soit offert. Bien des personnes âgées vivant en milieu rural peuvent être contraintes à déménager dans des centres urbains, ce qui risque de perturber grandement leur vie.

Pour conclure, le vieillissement peut avoir des conséquences très néfastes pour toute personne qui se déplace en automobile. Néanmoins, un nombre de plus en plus élevé de personnes âgées utilisent l'automobile pour se déplacer, comparativement aux générations précédentes. Ce phénomène devrait s'accélérer dans les années à venir.

La plupart des personnes âgées veulent vivre dans leur collectivité le plus longtemps possible. Nous devons voir à ce qu'elles puissent continuer de se déplacer pour assurer le maintien de leur indépendance et de leur qualité de vie. Le maintien de la conduite prudente le plus longtemps possible fait partie des principales stratégies à cet égard, et c'est celle que les personnes âgées préfèrent. En tant que société, nous devons songer à d'autres méthodes, y compris l'optimisation de la sécurité au volant et des moyens de transport de rechange pour répondre aux besoins de mobilité des futures générations de personnes âgées. Il faudra faire preuve de flexibilité et d'innovation dans la conception et la mise en œuvre de ces approches pour répondre aux besoins des personnes âgées vivant dans les régions urbaines et rurales.

Dr Shawn Marshall, professeur associé, Centre de réadaptation de l'Hôpital d'Ottawa : Honorable sénateurs, merci beaucoup de m'avoir invité à m'adresser à vous aujourd'hui.

J'aimerais aborder la question des conducteurs âgés et, aux fins de l'exposé d'aujourd'hui, je traiterai de l'évaluation de l'aptitude à conduire des conducteurs âgés sur le plan médical, parlerai des initiatives actuellement en place à leur intention et soulignerai les orientations de recherche à cet égard.

En Amérique du Nord, conduire constitue une activité courante de la vie quotidienne des personnes âgées. C'est important pour tout le monde. La conduite a une incidence sur l'intégration au sein de la communauté et l'accomplissement des tâches essentielles du quotidien, comme aller au supermarché et se rendre à des rendez-vous. La perte du permis de conduire peut clairement avoir des répercussions, et plus particulièrement sur les conducteurs âgés. Elle peut mener à la dépression, à la perte d'estime de soi et à l'obligation pour les personnes vivant en milieu rural de quitter leur logement pour s'installer dans un centre urbain.

Contrairement à ce que pensent généralement la population et les médias, la plupart des personnes âgées sont en bonne santé et sont les conducteurs les plus prudents sur les routes. L'incidence élevée de maladies et d'incapacités connexes explique la baisse de la capacité de conduire pour certains conducteurs âgés, qui sont responsables de la hausse du taux de collisions recensé.

Le problème s'aggravera. D'ici 2030, 25 p. 100 des conducteurs auront 65 ans et plus; d'ici 2025, le nombre de conducteurs de 65 ans et plus aura doublé. À cet âge, la proportion de la population atteinte de démence s'élève à 8 p. 100; à l'âge de

by age 90, 30 per cent or more of the population have evidence of dementia — again, across the spectrum of mild to severe. However, because a person has a diagnosis of dementia, does not necessarily mean that the person is not able to drive. Further compounding this — and what has led to one of the main constraints on identifying older drivers who may be at risk — is the notion that we can use a disease-based model to identify these persons. Driving is a functional task. For instance, in Ireland, 27 per cent of persons greater than age 70 have at least two significant chronic medical diagnoses. If you look at the medications to treat these chronic medical conditions, they are often on at least three of them. Clearly, this will have an impact on overall functional abilities.

When we look at specific medical diagnoses, we talk about increased relative risks; that is, someone's likelihood of having a crash versus someone else's likelihood of having a crash. However, that varies from individual to individual. Physicians, health care personnel and licensing personnel run into difficulties making decisions at that individual level. We can and have done systematic reviews showing that cardiovascular disease, dementia and conditions such as sleep apnea put you at a much elevated risk for crash. However, at the individual level, these must be interpreted, taking into account how the person is being treated, their driving experience and the driving conditions. Further, multiple medical conditions play a role. We know that the cumulative effects of multiple medical conditions can affect a person's functional ability to drive, but, again, we must take that in the context of environment and previous driving experience.

As has been pointed out by other members who are presenting today, physician reporting in Canada is unique. Today, seven out of 10 provinces in Canada have mandatory reporting by physicians compared to the United States, where only a few of the 50 states have mandatory reporting by physicians.

Physicians are put in a tough spot in this regard. The physician-patient relationship is often negatively affected. Clearly, you have some conflict. You are an advocate for the patient, yet, under law, you are required to report the patient as possibly unfit to drive. In addition, physicians have identified repeatedly through surveys that they have limited knowledge and education to make decisions. There is also lack of evidence-based information upon which to make these decisions. Although the CMA guide is a good resource to give direction to the physician, much of this is not evidence-based as to who should or should not drive. Again, it comes around to functional abilities of the driver. Resources other than the CMA guide exist throughout the world, but the guide is a good example of a good current resource available to physicians.

90 ans, 30 p. 100 ou plus de la population montre des signes de démence — là encore, allant de légère à sévère. Toutefois, ce n'est pas parce qu'on a posé un diagnostic de démence chez une personne qu'elle est forcément inapte à conduire. Pis encore — et qui a mené à l'une des principales contraintes pour déterminer les conducteurs âgés pouvant être à risque —, est l'idée que nous pouvons utiliser un modèle axé sur l'état de santé pour repérer ces personnes. La conduite est une tâche fonctionnelle. Par exemple, en Irlande, 27 p. 100 des personnes âgées de plus de 70 ans sont atteintes d'au moins deux maladies chroniques graves. Si on examine le traitement pour ces maladies chroniques, ces personnes doivent souvent prendre au moins trois sortes de médicaments. Il est clair que cette prise de médicaments aura une incidence sur les capacités fonctionnelles globales.

Pour ce qui est des diagnostics médicaux précis, on parle de risques relatifs accrus, c'est-à-dire la probabilité d'une personne d'avoir un accident par rapport à une autre. Toutefois, ce risque varie selon les individus. Les médecins, les professionnels de la santé et le personnel chargé de la délivrance des permis se heurtent à des difficultés pour prendre des décisions concernant ces particuliers. Nous pouvons mener et avons mené des examens systématiques qui montrent que les personnes souffrant de maladies cardiovasculaires, de démence et de troubles de santé tels que l'apnée du sommeil sont beaucoup plus susceptibles de provoquer un accident. Toutefois, sur le plan individuel, il faut tenir compte du traitement reçu de la personne, de son expérience de conduite et des conditions routières. Par ailleurs, de nombreux facteurs médicaux entrent en ligne de compte. Nous savons que les effets cumulatifs de ces troubles de santé peuvent nuire à la capacité fonctionnelle d'une personne à conduire, mais là encore, nous devons prendre en considération les conditions routières et l'expérience de conduite de cette dernière.

Comme d'autres témoins l'ont mentionné aujourd'hui, l'obligation des médecins de faire rapport est propre au Canada. De nos jours, les médecins dans sept provinces sur dix sont tenus de faire rapport, alors qu'aux États-Unis, les médecins de seulement quelques-uns des cinquante États doivent le faire.

Les médecins se retrouvent dans une fâcheuse position. La relation entre le médecin et son patient est souvent compromise. Il y a clairement un conflit. Vous défendez les intérêts du patient, mais pourtant, en vertu de la loi, vous êtes tenu de déclarer le patient comme étant potentiellement inapte à conduire. En outre, les médecins ont signalé à maintes reprises dans le cadre de sondages qu'ils ont des connaissances et une formation limitées pour prendre ces décisions. Il y a aussi un manque d'informations factuelles sur lesquelles ils peuvent s'appuyer pour prendre ces décisions. Même si le guide de l'AMC est une excellente ressource pour éclairer le médecin, la majorité des informations qu'il contient ne sont pas fondées sur des faits qui permettent de déterminer qui devrait conduire ou pas. Là encore, la décision est prise en fonction des capacités fonctionnelles du conducteur. Il existe des ressources autres que le guide de l'AMC partout dans le monde, mais c'est un bon exemple d'une excellente ressource actuellement à la disposition des médecins.

The aim of research is to improve the health, safety and quality of life of older drivers. Every research organization that I have been made aware of is not focusing on taking driver's licences away from older persons; they are focusing on prolonging the safe driving periods for older drivers. The focus is on assessment and screening at the primary health care level. Even when we know that someone has a diagnosis that may affect their ability to drive, when does this functional impairment become important to affect one's ability to drive? Those are pieces of information that we do not know.

Regarding formal driving ability assessments, there is great variability in the assessments that are carried out with on-road examinations. Again, they have not been standardized across provinces or states. Also, there is monitoring driving ability for progressive conditions. That is, someone passes an on-road driving assessment and is fit to drive but, unlike a 16-year-old driver who is expected to be healthy and fit and not have much change for years forward, with the older population, this can vary, particularly with progressive diseases. Also, there are focuses on interventions to prolong the safe driving period. Driver retraining, conditional licensing and technology in a vehicle to help older drivers must be further evaluated. Technology can hinder older drivers, for example, if we put in things that distract them within the environment. Things that we feel are helping might not necessarily help the older drivers who are not used to this type of technology.

It is my privilege to work with a group of researchers through the CanDRIVE research network, which is funded by the Canadian Institutes of Health Research. We have representatives from multiple provinces and conduct research with the aim of prolonging safe driving periods for older drivers. We want to use evidence and we want to integrate this into the practice of prolonging the safe driving period. We bring together researchers, seniors groups, clinicians, ministries of transportation and other governmental and nongovernmental agencies. We believe that this is approach we must use. We are all on the same side, all aiming for the same direction: Keeping people safe and driving.

There are other important initiatives that the committee should be made aware of. For instance, more recently sponsored by the Public Health Agency of Canada and the Canadian Association of Occupational Therapists, there has been a program called the National Blueprint for Injury Prevention in Older Drivers. This blueprint is looking at developing a strategy for implementing and evaluating the best evidence for prolonging the safe driving period. We are doing systematic reviews and contributing to existing information.

We need to put research evidence into practice and we need to have everyone working cohesively to put this information forward. That brings together those multiple partners that affect everyone. We need stakeholders, government, insurance companies, physicians and health care professionals to help everyone move along with this.

La recherche vise à améliorer la santé, la sécurité et la qualité de vie des conducteurs âgés. Aucun des organismes de recherche que je connais ne désire retirer aux personnes âgées leurs permis de conduire; ils veulent plutôt leur permettre de conduire plus longtemps en toute sécurité. Ils mettent l'accent sur l'évaluation et le contrôle au niveau des soins de santé primaires. Même lorsque l'on sait qu'une personne est atteinte d'une déficience fonctionnelle qui pourrait limiter sa capacité à conduire, il est difficile de déterminer où est le point critique.

En ce qui concerne les évaluations officielles de la capacité à conduire, les examens sur la route varient grandement d'une province ou d'un État à l'autre. En outre, dans les cas de maladies évolutives, il faut vérifier régulièrement la capacité à conduire. Ceux qui réussissent les examens sur la route sont considérés aptes, mais si un conducteur de 16 ans peut s'attendre à être en santé et en forme pendant encore de nombreuses années, ce n'est pas nécessairement le cas des personnes âgées, surtout celles souffrant de maladies évolutives. Pour leur permettre de continuer à conduire en toute sécurité, on envisage des options telles que la formation continue, les permis assortis de conditions et l'utilisation de nouvelles technologies dans les véhicules. Or, celles-ci peuvent nuire aux conducteurs âgés, par exemple si elles les distraient. En effet, certains outils que nous croyons utiles pourraient ne pas les aider, parce qu'ils ne leur sont pas familiers.

J'ai le privilège de travailler avec un groupe de chercheurs dans le cadre du réseau CanDRIVE, financé par les Instituts de recherche en santé du Canada, qui réunit des représentants de nombreuses provinces et dont la recherche vise à permettre aux personnes âgées de continuer à conduire en toute sécurité. Nous voulons mettre les résultats de notre recherche en pratique. Le réseau rassemble des chercheurs, des groupes de personnes âgées, des cliniciens, des ministres des Transports et d'autres représentants du gouvernement ou d'organisations non gouvernementales. Nous croyons fermement en cette façon de faire. Nous avons une vision et un objectif communs : permettre aux gens de conduire le plus longtemps possible, en toute sécurité.

Il convient de mentionner d'autres initiatives importantes. Par exemple, l'Agence de la santé publique du Canada et l'Association canadienne des ergothérapeutes ont récemment financé un Plan d'action national pour la prévention des blessures chez les conducteurs âgés, qui porte sur une stratégie de mise en œuvre et d'évaluation des meilleures méthodes permettant aux aînés de continuer à conduire en toute sécurité. Nous effectuons des examens systématiques et contribuons à accroître les connaissances sur le sujet.

Il faut mettre les résultats de la recherche en pratique, ce qui implique la collaboration de tous les partenaires, soit les intervenants, le gouvernement, les sociétés d'assurances, les médecins et autres professionnels de la santé, pour faire bouger les choses.

The Gerontological Society of America recently published some strategies and high priorities for research. Although this group is American based, it has Canadian representation with Michel Bédard, who is here today. The society's findings are consistent with ours note that screening, assessment and driver rehabilitation are high priorities for research.

We also have to bring together other areas, such as technology, which often isolates the older driver. We must also look at roadways. Although there are some instances where we are now looking at roadway conditions and how they are designed, it is fair to say that they were not designed with the older driver in mind when they were originally created. We must also look at vehicle modifications to make them more accessible and easier to handle for older drivers.

By using this approach and by trying to have all partners come together, solutions to prolong safe driving periods for older drivers can be better accomplished.

The Chair: Thank you very much. We have a number of senators on the list. I will begin with Senator Mercer. Let us welcome him back to the committee. It is good to see him back on his two feet.

Senator Mercer: It is great to be back on two feet. As I was off with my illness, I felt that I was becoming a study case for the Special Senate Committee on Aging.

I find all the comments interesting, but I want to go back to the original comments by Mr. Munroe. Other presenters talked about restricting driving and having a certain age for mandatory eye testing or mandatory driver's tests. But everyone danced around it and no one said, "Here is a number that we should use." Is there an optimum age where we should be looking at doing mandatory eye tests and mandatory driving tests?

I am at risk of getting in deep trouble at home, because my 88-year-old mother still drives. I think this is an important issue, but no one seems to have put a finger on it — I suspect for the very reason that no one wants to be the one accused of saying that all those above age level X should be tested.

Mr. Munroe: You asked a question which we were anticipating, as you can imagine. I want to ensure honourable senators that we did not collaborate. We are definitely all singing from the same song sheet. Perhaps, as usual, the government has not caught up to the public yet, but we all agree that assessment is imperative. At the CAA, we are not waffling on this but understand that this assessment process needs to begin and needs to be done by a regulatory authority. We believe it is in the political area where this decision of competence begins to be measured.

I like to think we do not have any difficulties at the beginning of the process in training, examining and giving conditional licences to young people when they first begin to drive. It is seen as a privilege and the government, through regulatory agencies, gives young drivers that privilege because they have been able to

La Gerontological Society of America a récemment rendu publiques certaines stratégies et priorités en matière de recherche. Même s'il s'agit d'un groupe américain, un de ses membres, Michel Bédard, ici présent, est canadien. La société en arrive à la même conclusion que nous : la recherche doit mettre l'accent sur le contrôle, l'évaluation et la réadaptation des conducteurs.

Il faut également tenir compte d'autres facteurs, comme la technologie — qui contribue souvent à l'isolement des conducteurs âgés — et les chaussées. Bien que la conception et l'état des routes fassent l'objet de quelques études, il faut reconnaître que le réseau routier n'a pas été construit en fonction des besoins des conducteurs âgés. Il faudrait aussi envisager de modifier les véhicules pour les rendre plus accessibles et manœuvrables pour ce groupe cible.

C'est de cette façon, en réunissant tous les intervenants, que nous pourrions trouver des solutions permettant aux personnes âgées de continuer à conduire en toute sécurité.

La présidente : Merci beaucoup. De nombreux sénateurs veulent poser des questions. Je vais commencer par le sénateur Mercer, que nous sommes d'ailleurs très heureux de revoir en pleine forme.

Le sénateur Mercer : Oui, je vais beaucoup mieux. Comme j'ai été malade et que j'ai dû m'absenter, j'ai eu l'impression, à un moment donné, de devenir un sujet d'étude pour le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement.

J'ai trouvé toutes les observations pertinentes, mais j'aimerais revenir sur celles de M. Munroe. D'autres témoins ont proposé d'imposer des conditions aux conducteurs et de fixer un âge à partir duquel un examen de la vue ou de conduite serait obligatoire. Cependant, tous ont tourné autour du pot, personne n'a voulu donner de chiffre. Alors, que serait l'âge optimal à partir duquel nous devrions commencer à imposer ce genre d'examen?

Je risque de m'attirer des ennuis à la maison parce que ma mère, qui a 88 ans, conduit toujours. Je crois qu'il faut aborder la question, mais personne ne s'est prononcé. J'imagine que nul n'aimerait qu'on lui reproche de vouloir soumettre à des examens tous ceux ayant atteint un certain âge.

M. Munroe : Comme vous vous en doutez, nous nous attendions à ce que vous posiez cette question. Je vous assure que nous ne nous sommes pas consultés, c'est tout simplement que nous sommes tous sur la même longueur d'onde. Peut-être que, comme toujours, le gouvernement n'est pas à l'écoute du public, mais nous croyons que ces examens sont incontournables. À la CAA, nous ne voulons pas nous étendre sur le sujet, mais nous sommes convaincus de la nécessité de mettre en place un processus d'évaluation qui devra relever d'un organisme de réglementation. À notre avis, la décision en matière de compétence appartient aux politiques.

Dans le cas des jeunes conducteurs, la formation, l'évaluation et l'octroi de permis assortis de conditions ne semblent pas poser problème. Conduire est un privilège que le gouvernement, par l'entremise d'organismes de réglementation, accorde aux jeunes qui ont pu prouver leurs aptitudes. Toutefois, quand les gens

prove their competence. When, at the end of their lives, that competence starts to leave, there is a reluctance to address that problem. We have no trouble pulling old cars off the roads so what about the drivers? We all recognize there is a point when we are no longer capable of driving. When a driver gets to that point, we need to have an impartial examination that can only be administered by a regulatory authority. It is unconscionable to put the weight of this decision on the family doctor. The family physician has a serious relationship with his or her patient and must have an engagement of trust, seriously violates in the minds of the patient that trust when the doctor takes away his or her mobility.

At the moment, it is voluntary. In our experience, when you have a voluntary program, those who know they can pass will take and it those who cannot will not come out to have their eyes examined when they cannot read the signs. This testing cannot be done voluntarily and the government needs to recognize this. Hopefully, through a subcommittee or via more witnesses discussing this issue, this committee can get to the bottom of when this must start. I feel strongly that it must start. It must be impartial and there should be no escaping the process.

Senator Mercer: You talked about conditional licensing used in certain provinces for young drivers. Restrictions are put on them. How can that be policed?

In the case of young people, I suppose the police take a visual of the driver and determine he or she looks to be in that age bracket where conditional licences are granted. Then it depends on how long they have been driving; conditional licences can be removed due to experience. It is very difficult for the authorities to understand. It is the same for older people. How do the authorities police that if we are going to use conditional licensing, or are you suggesting self-policing by people who know the terms of the restrictions? Is that your position? If not, how do you see the authorities proceeding?

Mr. Munroe: I am not sure of the policy on that; I do not think we have one because we do not see that as our responsibility. We see our role as advocating for having assessments at certain ages. That must be done.

We seem to have no problem in regulating conditional driving licences for younger people. Perhaps they get into trouble and their conditional licence is discovered. They realize they should not be out driving under those conditions and they are penalized in some way. There are many spot checks.

I would leave the issue of policing to the committee to examine and find some solution to that problem. However, there are checks now; we are able to police them in those provinces that have conditional licensing. I hope that the same process could be used in conditional licenses for aging drivers.

Families should be involved. If an aged mother, father or relative has been given a conditional licence and the parent starts to go out when he or she is not supposed to, he or she should be spoken to. There are other conditions that can be put on those licences. Some people might be restricted from driving on

vieillissent et que ces compétences commencent à défaillir, on semble peu enclin à aborder le problème. On retire les vieilles voitures de la circulation, alors pourquoi pas les conducteurs? Nous convenons tous qu'à partir d'un certain stade, nous ne sommes plus en mesure de conduire. Il faut alors soumettre les conducteurs à une évaluation impartiale, qui ne peut être effectuée que par un organisme de réglementation. Il est tout à fait déraisonnable de faire porter le fardeau de cette décision sur les épaules des médecins de famille. Ceux-ci entretiennent avec leurs patients des relations solides fondées sur la confiance. Les patients considèrent que les médecins trahissent cette confiance lorsqu'ils limitent leur mobilité.

Pour l'instant, la participation est volontaire. Toutefois, d'après notre expérience, seuls ceux qui pensent réussir un examen de la vue s'y présenteront volontairement. Ceux qui sont convaincus d'échouer parce qu'ils ne peuvent lire les panneaux s'abstiendront. Cette évaluation ne peut être faite sur une base volontaire, et le gouvernement doit le comprendre. J'espère que vous pourrez créer un sous-comité ou inviter d'autres témoins afin de déterminer à quel moment il convient d'imposer ces examens, qui doivent être impartiaux et obligatoires. Il faut passer à l'action sans tarder.

Le sénateur Mercer : Vous avez mentionné les permis assortis de conditions que certaines provinces accordent aux jeunes conducteurs. On impose à ces gens des restrictions, mais comment vérifier qu'elles sont respectées?

Dans le cas des jeunes, j'imagine que les policiers peuvent déterminer, simplement en les regardant, s'ils peuvent être visés par ces conditions. Tout dépend de leur expérience au volant; les permis assortis de conditions peuvent être retirés, selon le cas. Les autorités ont beaucoup de difficulté à admettre que c'est pareil pour les conducteurs âgés. Comment les autorités peuvent-elles effectuer des vérifications si on délivre des permis assortis de conditions? Insinuez-vous qu'on laisse l'initiative aux gens qui connaissent les restrictions auxquelles ils sont soumis? Sinon, quelle méthode les autorités devraient-elles adopter?

M. Munro : Je ne sais pas, je ne crois pas que nous ayons une politique à ce sujet, parce que nous ne considérons pas qu'il s'agisse de notre responsabilité. Notre rôle est de prôner l'imposition d'évaluations à certains âges. Il faut agir.

Il ne semble pas si difficile de réglementer les permis assortis de conditions accordés aux jeunes conducteurs. Si ces jeunes s'attirent des ennuis, les policiers se rendent compte qu'ils n'ont pas respecté les conditions auxquelles ils sont assujettis et ils sont pénalisés. Il y a de nombreuses vérifications ponctuelles.

Je laisse au comité le soin d'examiner le problème du respect des exigences et de trouver des solutions. Cependant, les provinces où ce genre de permis existe déjà parviennent à effectuer des vérifications. Le même processus pourrait s'appliquer aux conducteurs âgés.

Les familles devraient participer. Si une mère, un père ou un parent âgé est visé par des restrictions et qu'il ne les respecte pas, son entourage devrait lui en parler. On peut imposer différentes exigences, comme interdire l'accès aux routes de la série 100, par exemple, ou permettre des déplacements

100-series highways, for example, and be restricted to certain roads in their neighbourhood. There are many intelligent restrictions that could provide a senior citizen who has a physical disability but who is not totally incapable of mobility to be allowed to drive in some safer manner.

Senator Mercer: Doctor Scharfstein, I have a practical case of a neighbour who has lost her licence. She complained to her family physician of having short-term memory problems. She is an elderly woman, but spry and in good shape. However, she also happens to be the care provider for her older husband. She is the only person who drives in the family. She has a daughter who used to be able to drive but who has been diagnosed with a debilitating disease that prevents her from driving. Do doctors take into account the effect on the family?

What happened to her is her family physician referred her for assessment and the doctor who did the assessment, of course, notified the province's department of transportation. She received a notice in the mail that her licence was suspended. Her family is now isolated; not only her family but her daughter's family. No one in that family can drive, even to the grocery store. Fortunately, she has good neighbours who pitch in and drive her wherever she wants.

Dr. Scharfstein: Your question prompts many thoughts, the first being that physicians are expected and required in most provinces to report a suspicion or a condition which might — not “will” but “might” — interfere with the ability of an individual to drive safely. The physicians do not make the final determination and that is a very important distinction. It is one that is applied rather generally where physicians are providing medical information for a variety of programs, whether driving or access to a certain type of insurance, et cetera. We would argue that the physician's job is to provide objective medical information. I do not think you want physicians to have to weigh the myriad issues that might come into play and their effects because that cuts both ways. As was referenced early by Dr. Marshall, physicians may be reluctant to report because they know all the things you referenced plus have a life long history of a relationship. From my experience as a physician in practice, one of the most difficult conversations you will ever have with a patient as a family physician is the discussion about whether a person should drive again or not. I found that more difficult than most conversations in terms of restrictions as you age. We have tried to encourage physicians to focus on their responsibility to report medical information. It is the responsibility of others to take that and a great deal of other information to determine when and how a person might drive safely.

Regarding the earlier question about a specific cut-off age, there is not a magic cut-off but the screening would occur more frequently as you age. That is one approach that has been taken in a number of places with conditions that become more likely as you age. It is not only vision; many conditions that might negatively affect your ability to drive become more likely over time. I think one would propose that if we have appropriate screening in place, that screening should occur with increasing frequency as one ages. Therefore, in one's 20s and 30s, you might

uniquement dans un quartier donné. De nombreuses limitations pertinentes pourraient permettre d'assurer la sécurité au volant des personnes âgées atteintes d'une déficience physique mais encore capables de se déplacer.

Le sénateur Mercer : Docteur Scharfstein, j'aimerais parler de ma voisine, qui a perdu son permis parce qu'elle s'est plainte à son médecin de famille d'avoir des pertes de mémoire. Elle est âgée, mais active et en forme. Elle s'occupe aussi de son mari, plus vieux qu'elle. Elle est la seule à conduire dans la famille, puisque sa fille est maintenant atteinte d'une maladie débilitante qui l'en empêche. Est-ce que les médecins tiennent compte des répercussions que la perte de mobilité peut avoir sur toute la famille?

Son médecin de famille l'a renvoyée à un collègue, qui lui a fait passer des examens et qui, évidemment, en a informé le ministère provincial des Transports. Cette dame a été avisée par la poste qu'on lui retirait son permis. Sa famille et celle de sa fille vivent maintenant isolées, puisque personne ne peut conduire, pas même pour se rendre à l'épicerie. Heureusement, elle a de bons voisins qui l'amènent un peu partout.

Dr Scharfstein : Votre question fait réfléchir. Les médecins sont censés, et dans certaines provinces doivent, déclarer tout facteur médical, supposé ou avéré, susceptible — et j'insiste là-dessus — de réduire la capacité d'une personne à conduire de façon sécuritaire. Il est toutefois très important de noter que la décision finale n'incombe pas aux médecins. Ceux-ci fournissent, de façon générale, des renseignements à divers programmes, notamment pour les permis de conduire et des assurances particulières. Leur travail consiste à fournir des renseignements médicaux objectifs. Je ne crois pas qu'ils devraient avoir à se prononcer en prenant en considération la multitude de facteurs qui entrent en ligne de compte, parce que c'est à double tranchant. Comme le Dr Marshall l'a mentionné plus tôt, les médecins hésitent parfois à déclarer un problème parce qu'ils sont conscients de tous les éléments dont vous avez parlé, et qu'ils entretiennent une relation de longue date avec leurs patients. En tant que médecin pratiquant, je crois que ce qui est le plus dur à faire, c'est de discuter avec quelqu'un de sa capacité à conduire; c'est la restriction liée à l'âge la plus difficile à aborder. Nous avons essayé d'inciter les médecins à prendre la responsabilité de déclarer des renseignements médicaux. Il incombe toutefois à d'autres d'étudier ces renseignements et bien d'autres éléments, pour déterminer si une personne est apte à conduire sans risque.

Quant à l'âge limite, il n'y a rien de précis, mais les contrôles deviendraient plus fréquents avec l'âge. Certaines administrations ont déjà adopté cette formule. Il ne s'agit pas uniquement de détecter les troubles de vision, puisque de nombreux autres problèmes de santé pouvant réduire la capacité à conduire sont plus susceptibles d'apparaître en vieillissant. Un bon système de contrôle permettrait d'accroître la fréquence des vérifications avec l'âge. Par exemple, à 20 ou 30 ans, on subirait un premier examen de la vue, puis un autre 10 ou 20 ans plus tard, et ensuite de plus

have a vision test initially and 10 or 20 years later, you would expect to do that more frequently. If there was a standardized review or assessment process, you could cover the ageism issue by frequency of screening.

Currently, you are just relying on anecdotal reports and there are many people who have serious conditions who do not see physicians. They may not show up for screening and therefore may not be reported.

The Chair: To add to that, rather than having the attacks of ageism, which I think are quite legitimate, would it not be better to have reassessment at all age levels? Perhaps it would be less frequent in the 20s, 30s and 40s, but it would still exist. If it was not unheard of to randomly receive a notice from the Department of Transportation that a person at age 29, say, has to report for this assessment, the issue of ageism would be nullified to some degree. It would enforce the sense that driving is not a right, it is a privilege, and you have to be examined not only when you get your drivers' license but throughout your life. I know many poor drivers who are in their 30s.

Dr. Scharfstein: That would be highly supportable. A concern that we have generically that applies here specifically, is that physicians are left to adjudicate on the narrow scope of information that is the medical condition only. Physicians would rather not have to do that. They accept their responsibility in society because they have unique medical knowledge, but it would be better to have a process that clearly determines fitness to drive.

I often hear patients reflect that their doctor took their licence away or their doctor let them continue driving. I would suggest that neither is accurate, but it is perceived that way. It would be better to have a system that would adjudicate ability on a regular basis.

Dr. Marshall: I agree that as we age our health can be affected. You have to take into account that what you are trying to achieve is not necessarily achieved by an age cut-off. One of the common problems for older female drivers is that they stop driving when evidence suggests they are still competent drivers; it has to do with confidence. I refer the committee to a Scandinavian study dealing with age cut-offs. One country had mandatory age testing and the other did not. In the country with mandatory testing, many seniors did not go back to renew their licence because they felt they might not pass. However, they had a higher mortality rate for older persons experiencing pedestrian injuries. Therefore, what you are trying to achieve may not be the result with mandatory testing; it has to do with the notion of function.

Screening sounds simple. It means you are picking up people who may or may not be fit to drive but you have to go through the extra effort to show whether they are competent to drive. Like the analogy with cancer, you want a process that is sensitive, but you need the infrastructure to go through and assess individuals further, which can be challenging. It is easy to say we could use

en plus souvent. S'il existait un processus normalisé d'examen ou d'évaluation, on pourrait éviter la discrimination fondée sur l'âge en augmentant la fréquence des contrôles.

Pour l'instant, on ne se fie qu'à des rapports isolés. De plus, de nombreuses personnes atteintes de maladies graves ne sont pas suivies par un médecin. Si elles ne se présentent pas aux contrôles, elles ne seront jamais déclarées.

La présidente : Qui plus est, pour éviter de nous faire accuser, à juste titre, de faire de l'âgisme, ne vaudrait-il pas mieux procéder à des évaluations à tous les âges? Peut-être moins fréquemment pour les gens dans la vingtaine, la trentaine ou la quarantaine, mais tout de même. S'il était courant pour une personne de 29 ans, par exemple, de recevoir un avis du ministère des Transports l'invitant à subir un examen, la question de la discrimination serait contournée, dans une certaine mesure. On renforcerait le sentiment selon lequel conduire est un privilège, pas un droit, et qu'il faut être évalué non seulement pour obtenir son permis, mais aussi tout au long de sa vie. Je connais d'ailleurs de nombreux piètres conducteurs dans la trentaine.

Dr Scharfstein : Ce serait parfaitement acceptable. Un point nous préoccupe en général, mais plus particulièrement dans ce dossier : les médecins sont appelés à prendre des décisions sur la base de renseignements limités, soit les seules données médicales. Ils s'en passeraient bien. Ils assument leurs responsabilités dans la société en raison de leurs connaissances médicales exclusives, mais il vaudrait mieux mettre en place un processus établissant des critères clairs pour déterminer la capacité à conduire.

J'entends souvent des patients dire que leur médecin leur a retiré leur permis de conduire, ou qu'il leur permet de continuer à prendre le volant. C'est faux dans les deux cas, mais c'est ce que les gens pensent. Il faudrait donc un système pour juger périodiquement de la capacité à conduire.

Dr Marshall : À mesure que nous vieillissons, notre santé peut décliner. Il faut comprendre que l'objectif visé ne sera pas nécessairement atteint en fixant un âge limite. Par exemple, le problème le plus courant chez les conductrices âgées, c'est qu'elles cessent de conduire alors qu'elles en sont encore capables : c'est une question de confiance. Je me fonde sur une étude scandinave sur l'âge limite où l'un des pays imposait des examens à partir d'un certain âge, et l'autre non. Dans le premier, de nombreuses personnes âgées n'ont pas renouvelé leur permis de conduire parce qu'elles avaient l'impression qu'elles échoueraient à l'examen. Toutefois, ce pays avait un taux de mortalité plus élevé chez les piétons âgés. Par conséquent, les examens obligatoires pourraient ne pas donner le résultat escompté; tout est une question de capacités fonctionnelles.

Il semble simple d'effectuer des contrôles. Cependant, on évalue des gens qui peuvent ou non être aptes à conduire, et on doit alors déployer des efforts pour le déterminer. Si on établit une analogie avec le cancer, il faut un bon processus de détection, mais aussi les moyens nécessaires pour faire des examens approfondis, ce qui peut être difficile. C'est bien beau de parler

age-based testing, but it may be that screens that are more functional are the way to go.

Senator Cordy: I have had my driver's licence for 40 years and have never had to go back for anything. It is likely that others in the room can say the same thing. How would you go about it? The suggestion of retesting every 10 years is a good idea, and maybe every five years after you reach a certain age, whatever that happens to be. Can you see merit in that suggestion? Would it be workable to have people go back for retesting every 10 years?

Dr. Marshall: Typically, as we get older, we become more cautious and tend to have more driving experience. We can say confidently that many of the safest drivers on the road are older drivers. When we talk about function, we do not necessarily expect a decline in a person's functional abilities, unless that decline is health-based. However, a diagnosis alone will not determine a person's ability to function.

Diabetes can affect function but the diagnosis does not tell you much. There are people taking oral medications or on a diet to control the diabetes whose function would not be affected. Someone who took insulin could be at risk if his or her blood sugar gets too low. Others with diabetes for many years could have impaired vision that affects their ability to drive, but it varies from individual to individual.

Having people retest every 10 years may not be that worthwhile. We have to look at the overall benefit. Trends show that people become safer drivers as they get older unless there is some intervening event. Physicians and health care professionals have been brought in to assess this and have been given that responsibility. We can all agree that it may be difficult for the physician to do and possibly should be placed elsewhere.

Senator Cordy: All of you have indicated that physicians find themselves in a tough spot. Dr. Scharfstein said it is not the physician who takes the licence away, but I know families get together and say they are going to the doctor to see if they can have a parent's licence taken away. That is the reality.

One of our witnesses said that the doctor is the patient's advocate and the patient goes to see the doctor for help. Suddenly the doctor is the bad person because he or she has taken the licence away. It is an awkward position and the perception is that the doctor is in control.

It is possible that people who are told they cannot drive while taking medications that cause drowsiness will not comply with the prescription. If my doctor told me I could not drive while taking a certain prescription and my car was my only means of transportation, I might not take the medication. How do you get around all of those issues?

d'évaluations en fonction de l'âge, mais la meilleure méthode consisterait peut-être à effectuer des contrôles de la capacité fonctionnelle.

Le sénateur Cordy : J'ai mon permis de conduire depuis 40 ans et je n'ai jamais eu à repasser d'examen, et je ne suis probablement pas la seule. Comment vous y prendriez-vous? C'est peut-être une bonne idée que de procéder à des évaluations tous les 10 ans, puis tous les 5 ans après un certain âge. Êtes-vous d'accord? Est-ce faisable de faire passer des examens tous les 10 ans?

Dr Marshall : Normalement, en vieillissant, on devient plus prudent et on acquiert de l'expérience. Nous pouvons affirmer en toute confiance que beaucoup des conducteurs les plus prudents sur les routes sont âgés. On ne s'attend pas nécessairement à ce que les capacités fonctionnelles d'une personne déclinent, sauf en cas de problème de santé. Toutefois, un diagnostic n'est pas suffisant pour déterminer la capacité d'une personne à fonctionner.

Le diabète peut altérer les compétences fonctionnelles, mais le diagnostic en soi n'est pas très révélateur. Certaines personnes prennent des médicaments par voie orale ou suivent une diète pour lutter contre le diabète, ce qui ne réduit en rien leurs capacités. Toutefois, les gens qui s'injectent de l'insuline risquent l'hypoglycémie. Chez d'autres, qui souffrent de cette maladie depuis des années, le diabète a pu dégrader leur vision, ce qui les rend moins aptes à conduire, mais cela varie d'une personne à l'autre.

Inutile de soumettre les conducteurs à des examens tous les 10 ans. Il faut voir la situation dans son ensemble. Des statistiques montrent que les conducteurs ont tendance à devenir plus prudents en vieillissant, à moins d'un imprévu. On a donné aux médecins et autres professionnels de la santé la responsabilité de juger de la capacité des conducteurs. Nous convenons tous que c'est une tâche difficile qui devrait peut-être être assumée par d'autres.

Le sénateur Cordy : Vous avez tous dit que les médecins se retrouvent dans une situation difficile. M. Scharfstein a affirmé que ce ne sont pas eux qui retirent aux conducteurs leur permis, mais je sais que certaines familles décident d'aller chez le docteur pour essayer de faire annuler le permis d'un parent. C'est la réalité.

L'un de nos témoins a déclaré que les gens vont voir leur médecin pour qu'il les aide et les défende. Soudainement, il devient mauvais parce qu'il leur retire leur permis. Le docteur se trouve en effet dans une position délicate. Le public a l'impression que ce sont les médecins qui décident.

Il est possible que des personnes à qui on prescrit des médicaments causant la somnolence refusent de suivre leur ordonnance, sachant qu'elles ne pourront pas conduire. Si mon médecin me disait que je ne pouvais pas utiliser ma voiture, mon seul moyen de transport, pendant mon traitement, je ne prendrais peut-être pas mes médicaments. Comment éviter ce problème?

Dr. Scharfstein: I was involved with Saskatchewan Government Insurance exploring many of these very issues. This was about five to seven years ago and was based on the premise that we were not doing a very good job of identifying unsafe drivers from the medical perspective, a lot of collected information that was reported did not result in safer practices and was not evidence based. A few practical things came out of that. A pilot initiative, which was abandoned, suggested a separate cadre of physicians who would do driver medicals. That applies in the airline industry. A small number of physicians who have expertise are authorized to assess a pilot's ability to continue flying.

For example, we know of patients who will avoid going to their physician because they are desperately worried it may result in a problem with their continued driving. Some physicians are in the unenviable position of not knowing everything about someone to avoid that potential. Therefore, the thought was could we not have the specific physicians do driver medicals. They would do screening and be trained for that purpose.

The problem was the physicians who were doing those medicals found that the patients were not honest. Privacy legislation covering the insurance did not allow the screening physician to know in advance that the family physician sent Ms. Jones to see you because she is having seizures four times a day. The physician would see Ms. Jones and go through a list of medical conditions which she denied having and so would declare she is fine to drive.

It seemed that was a logical way to remove the onus from the family physician to a physician with that particular expertise. Then it is a matter of determining on the basis of good evidence how frequently that would be required.

The other thing that was done was to put in place a series of questions that the driver would have to answer which would screen for the majority of concerns when the driver applied annually for his or her licence renewal. If the driver did not tell the truth, it would have implications for his or her insurance. That was a simple initiative and easy to apply. On an annual renewal of your licence, you would have a few simple questions concerning your health. The vast majority of drivers, even as they grow older, are quite healthy and would not need screening. That way, it might help you to find those who do.

Senator Cordy: The shortage of physicians does not help.

Dr. Scharfstein: That compounds the problem. The other point would be the cost implications, which is why I think you need good evidence. The impetus to streamline the adjudication of information was that there was a flood of information coming in to the adjudicators of the driver insurance group that they were not finding all that meaningful. If you are going to hire physicians and others to do the screening, you need to have good evidence that there is a need for that because it would have a significant cost as well.

Dr Scharfstein : J'ai examiné nombre de ces questions avec la Saskatchewan Government Insurance, il y a cinq à sept ans. Nous étions partis du constat que nous n'arrivions pas à détecter les chauffeurs dangereux, du point de vue médical, parce qu'une grande partie des renseignements déclarés ne se traduisait pas par la mise en œuvre de pratiques plus sécuritaires et n'était pas basée sur des preuves. Nous avons pu établir quelques mesures concrètes. Un projet pilote, qui a été abandonné, proposait l'embauche de médecins spécialisés dans les examens médicaux pour les permis de conduire. C'est déjà le cas dans l'industrie de l'aviation : un nombre restreint d'experts sont autorisés à évaluer la capacité d'un pilote à voler.

Par exemple, nous savons que des patients ne consultent pas leur médecin parce qu'ils craignent de ne plus pouvoir conduire. Certains médecins se retrouvent dans la position peu enviable de ne pas en savoir assez sur la situation d'une personne pour pouvoir lui éviter ce sort. C'est pourquoi nous pensions que des médecins spécialement formés pourraient s'occuper des examens médicaux des conducteurs et des contrôles.

Malheureusement, les médecins qui faisaient ces examens ont constaté que les patients n'étaient pas honnêtes. La loi relative à la protection des renseignements personnels en matière d'assurance ne permettait pas au médecin de s'enquérir auprès du médecin de famille de la raison pour laquelle il avait référé Mme Untel, par exemple parce qu'elle faisait quatre crises d'épilepsie par jour. Il voyait Mme Untel et énumérait une liste de troubles médicaux qu'elle niait avoir, de sorte qu'il la déclarait apte à conduire.

Cela semblait une façon logique de déplacer le fardeau du médecin de famille vers un médecin ayant cette compétence particulière. Il s'agit ensuite de déterminer, en fonction d'une preuve solide, la fréquence de ces évaluations.

On a aussi mis en place une série de questions auxquelles le conducteur devait répondre et qui permettaient d'évaluer la majorité des préoccupations quand le conducteur présentait sa demande annuelle de renouvellement du permis. Si le conducteur ne répondait pas honnêtement, il s'exposait à des conséquences sur le plan de son assurance. Il s'agissait d'une initiative simple et facile à appliquer. Au renouvellement annuel du permis, il suffisait de répondre à quelques questions simples concernant la santé. La grande majorité des conducteurs, même en vieillissant, sont en très bonne santé et n'auraient pas besoin d'être évalués. Cette méthode vous permettrait peut-être de dépister ceux qu'il faut évaluer.

Le sénateur Cordy : La pénurie de médecins n'aide pas.

Dr Scharfstein : Elle exacerbe le problème. L'autre élément à retenir est le coût, raison pour laquelle il faut, selon moi, disposer d'une preuve solide. Le mouvement en faveur d'une simplification des renseignements à fournir s'explique du fait que les évaluateurs du groupe d'assurance automobile étaient inondés de renseignements qu'ils ne trouvaient pas très utiles. Avant d'engager des médecins et d'autres professionnels pour faire l'évaluation, il faut être sûr que le besoin est réel parce qu'une pareille démarche entraîne également des coûts importants.

Senator Cordy: Mr. Munroe, you spoke about things the government could do and one of them was improve public transit. When you look at the number of seniors living in rural areas whose children have moved to urban centres, so they do not have a neighbour, necessarily, who can take them places, how should the federal government get involved in public transit?

Mr. Munroe: I think the senator asks a good question. In other forms, we have addressed this and the federal government is addressing it as well with their infrastructure payments to municipalities. Proper transportation requires population density. It is difficult to send a bus down a dirt road for 15 miles to pick up an elderly person.

The transportation issue is one for the cities and I am pleased to note that the government is now addressing that issue. Beyond that, we have some experts in the audience and perhaps one of them would like to address that subject.

Christopher White, Vice-President, Public Affairs, Canadian Automobile Association: The Canadian Automobile Association has been long been advocating a national highway plan. When we are talking about rural transit, it is clear a national highway plan would not address that and that the infrastructure that the federal government has provided to the provinces and municipalities would not affect that. The CAA has been looking for and long believed in the need for greater collaboration between the provinces and municipalities on this issue.

What we have heard consistently is that there is a fair bit of criticism on the part of municipalities toward the federal government because of the off-loading of services. Therefore, I think perhaps one of the things that could be looked at is if the transportation committee could work more closely with the provinces and the municipalities. You could do something like we used to have in the City of Ottawa when I was growing up, which was the OC Transpo bus that would go around to the local communities and pick up people at their homes. Often in local communities in cities, everyone knows where the older people live and who among them does not have access. That may be an opportunity for the municipality to invest in some funding along those lines.

Clearly, at a national level, it is a very difficult issue. I do not think it is necessarily just the federal government's responsibility. It is a multi-level responsibility of all governments. However, where the federal government could help the provinces and the municipalities is with the investment of funding.

[Translation]

Senator Chaput: I have some questions of a general nature for all of the witnesses.

I look at this issue from two different angles. First of all, a person can lose their driver's licence because of their dangerous or risky behaviour. The individual may have committed an offence

Le sénateur Cordy : Monsieur Munroe, vous avez parlé de mesures que pourrait prendre le gouvernement, entre autres améliorer le transport en commun. Si l'on se fie au nombre de personnes âgées qui vivent en région rurale et dont les enfants sont partis habiter en ville, de sorte qu'elles n'ont pas forcément de voisin qui peut les transporter, que devrait faire le gouvernement fédéral sur le plan du transport en commun?

M. Munroe : Le sénateur pose une excellente question. Nous en avons parlé sous d'autres formes, et le gouvernement fédéral y voit également en versant des subventions aux municipalités dans le cadre de son programme d'infrastructures. Un bon service de transport en commun exige au départ une certaine densité de population. Il est difficilement justifiable de faire faire quinze milles de chemin de terre à un autobus pour transporter une seule personne âgée.

La question du transport concerne les villes, et c'est avec plaisir que je remarque que le gouvernement a commencé à s'en occuper. Si vous souhaitez en discuter, nous avons des experts dans la salle qui pourraient peut-être vous en parler.

Christopher White, vice-président, Affaires publiques, Association canadienne des automobilistes : L'Association canadienne des automobilistes prône depuis longtemps un plan en matière de routes nationales. Quand il est question de transport en région rurale, il est clair qu'un pareil plan ne réglerait rien et que l'infrastructure que le gouvernement fédéral a subventionnée auprès des provinces et des municipalités n'y changerait rien. La CAA est depuis longtemps convaincue de la nécessité de favoriser une plus grande collaboration entre les provinces et les municipalités à cet égard et elle y travaille.

Ce que nous avons constamment entendu dire, c'est que les municipalités critiquent plutôt vivement le gouvernement fédéral pour s'être délesté de cette responsabilité. Par conséquent, une des pistes que l'on pourrait explorer, c'est de voir si le comité des transports ne pourrait pas travailler plus étroitement avec les provinces et les municipalités. On pourrait faire quelque chose se rapprochant de ce qui se faisait à Ottawa, quand j'étais jeune, soit qu'un autobus d'OC Transpo fasse le tour des localités environnantes pour aller prendre les gens chez eux. Souvent, dans les petites localités proches de la ville, les gens savent où habitent les aînés et lesquels n'ont pas de transport. Ce serait peut-être une occasion pour la municipalité d'investir en ce sens.

De toute évidence, c'est une question très épineuse. Je ne crois pas qu'elle soit forcément de la compétence exclusive du gouvernement fédéral. Elle relève plutôt de tous les ordres de gouvernement. Cependant, là où le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle utile auprès des provinces et des municipalités, ce serait dans les fonds d'investissement.

[Français]

Le sénateur Chaput : Mes questions seront d'ordre général et s'adressent à tous les témoins.

Je me penche sur ce point sous deux optiques. Tout d'abord, lorsqu'on retire le permis de conduire à une personne, c'est toujours à cause d'un excès qui pose un risque. Il peut s'agir d'un

or acted recklessly, or may be suffering from an illness. With the exception of the latter case, taking away a person's licence is seen as punishment for behaving a certain way.

As for whether a person should lose their driver's licence when they reach a certain age, this action can be perceived as being unfair toward the older individual and a punishment of sorts. In my opinion, it is indicative of a lack of respect.

One of you said earlier that driving is a privilege. I have to admit that I never consider the matter in that light. Driving is not a right, but a privilege.

Perhaps we should take steps right away to make everyone more aware that driving is a privilege. That is why people must pass a test and why they must first obtain a learner's permit. People need to adopt a new attitude. We all have parents. And I can assure you that they consider driving as their right, not as a privilege. Therefore, we need to look at this issue a different way.

Certain types of driver's licences come with restrictions. A number of senior voluntarily agree to curtail their driving or to refrain from driving in poor weather — I am talking about rural communities, because I come from one such community. Some people cannot drive at night because of reduced visibility.

Many seniors already limit their driving. Perhaps we should consider rewarding them for their behaviour or providing them with an incentive of some kind. Perhaps they could qualify for lower insurance premiums, lower licence renewal costs or a reduction in their CAA membership dues.

How do you feel about adopting an approach that would reward people, rather than punish them, which is what the current perception seems to be?

Dr. Bédard: First of all, let me say that I agree with you completely. Age should never, under any circumstances, be the reason for taking away a person's licence.

It is important to have proper testing procedures in place for drivers so that they have confidence in our ability to rate their skills fairly.

Age is a factor that can impact a person's driving skills. However, it does not mean that seniors can no longer drive safely. This is an accepted fact.

As for voluntary restrictions, as you pointed out, most people voluntarily limit the amount of time they spend behind the wheel. They realize that they may have problems or that they are not as comfortable driving in certain conditions. As Mr. Marshall said earlier, according to some findings, it may be safer to issue licences with restrictions. However, some cases are more problematic, such as cases of people with dementia.

crime, d'un comportement dangereux ou d'une maladie. Sauf dans les cas de maladie, le retrait du permis est perçu comme une punition. On retire le permis suite à un événement.

Lorsqu'on se pose la question de savoir à partir de quel âge on doit considérer retirer le permis de conduire d'une personne, le geste est perçu comme une punition, ce qui est injuste à l'égard de la personne âgée. D'après moi, cela engendre un manque de respect.

L'un d'entre vous a dit tout à l'heure que conduire était un privilège. Je dois vous avouer que je n'y avais jamais pensé sous cet angle. Ce n'est pas un droit, mais un privilège.

Peut-être faudrait-il commencer immédiatement à sensibiliser tout le monde à l'effet que conduire est un privilège. C'est pourquoi on doit passer un examen et c'est pourquoi on doit obtenir tout d'abord un premier permis. Il s'agit d'un changement d'attitude. Nous avons tous des parents. Et je puis vous assurer que dans leur esprit, il ne s'agit pas d'un privilège mais d'un droit. Il faudrait donc changer cette optique.

Fait intéressant, on émet également des permis de conduire avec restrictions. Plusieurs personnes âgées font une déclaration volontaire en ce sens. Elles conduiront moins loin, ne sortiront pas par mauvais temps — je parle du milieu rural, car je viens de ce milieu. Certaines personnes ne peuvent conduire le soir car la visibilité est réduite.

Plusieurs personnes âgées adoptent déjà ce comportement. Peut-être faudrait-il voir à les récompenser. Il faudrait trouver un incitatif. Cette récompense pourrait prendre la forme d'une réduction du coût des primes d'assurance, une réduction des cotisations pour le renouvellement du permis, ou encore une réduction des frais d'adhésion au CAA.

Que pensez-vous de cette idée d'en arriver plutôt à un incitatif pour les permis avec restrictions plutôt que le côté punitif, tel que c'est perçu en ce moment?

Dr Bédard : J'aimerais tout d'abord souligner que vous avez entièrement raison, L'âge ne devrait, en aucun cas, être utilisé pour retirer le permis.

À ce point de vue, il est important d'avoir des processus d'évaluation adéquats des conducteurs afin que ceux-ci aient confiance en notre capacité à évaluer leurs aptitudes de façon juste.

L'âge est un marqueur en ce qui a trait aux changements qui se produisent. Il n'est toutefois pas un indicateur qu'une personne ne pourra plus conduire de façon sécuritaire. Ce fait important est accepté.

En ce qui a trait aux restrictions volontaires, comme vous le souligniez, la plupart des gens s'imposent, de leur plein gré, des restrictions volontaires. Ils s'aperçoivent qu'ils ont peut-être des difficultés ou qu'ils sont moins confortables dans certaines situations. Comme M. Marshall l'a dit plus tôt, certaines données démontrent que le fait de posséder un permis avec des restrictions est peut-être plus sécuritaire. Mais il y a des cas plus

Occasionally, seniors do not realize that they are experiencing problems, or they get behind the wheel when they really should not be driving.

The whole question of incentives poses a bigger problem. I have already discussed with insurance companies the possibility of offering discounts to seniors for new driving lessons. It is not a simple question. Since most seniors already drive safely, their premiums are not very high as it is. There are not a lot of options out there. The important thing is not to take action that could be deemed punitive. That is why I emphasize the importance of maximizing and improving safe driving. Most of us do not drive as well as we should. We need to employ safer driving techniques, and perhaps even take a driver's refresher course every five years. People talk about periodic testing, but not about making people take the occasional new course. It is important to adopt a comprehensive approach to dealing with this issue.

Senator Chaput: According to your research, are more accidents caused by seniors behind the wheel?

Dr. Bédard: Research shows that taking into account the average distance travelled, seniors are at a slightly higher risk of having an accident than the average age driver. However, in absolute terms, seniors have fewer accidents because they drive less. Because they present a lower risk, their insurance premiums are much lower.

[English]

Senator Chaput: Does anyone else have a comment?

Dr. Marshall: That is a very good point. It has to do with the culture of how we perceive driving. I agree that it is perceived as a punishment, almost a loss, and not only is the health loss associated with it, but also the driving loss is associated with it. Among the many things we prepare for in life, the notion of driving retirement is not prepared for. When you lose your driver's licence, not only are you losing your ability to get around, you are losing your residence if you live in the country, your independence, your social club and so forth. All of those are losses.

We have to look at anticipating that, and it is why we need to come together from different avenues. For instance, many people give up driving even without mandatory reporting or being taken away by physicians because their health deals them a blow. Many average individuals live up to a decade after driving, whether they end up in a nursing home or long-term care facility or even their own home. It is not something that is unexpected, but we have to turn it around.

The other important thing is some people do not seek out their physician for reversible health care problems because they are afraid it will affect their driving status. It has to be turned around as glass half full versus half empty. It has to be seen as a positive, namely, let us look at what we can do to keep you driving versus

problématiques comme les cas de démence. Et parfois, les personnes âgées ne se rendent pas compte qu'elles ont des difficultés et elles conduisent alors qu'elles ne le devraient pas.

Pour ce qui est des incitatifs, c'est plus problématique. J'ai déjà discuté avec des compagnies d'assurances de la possibilité d'offrir des rabais permettant aux personnes âgées de prendre de nouveaux cours de conduite. C'est un peu difficile parce qu'en fin de compte, comme la plupart de personnes âgées conduisent de façon sécuritaire, les primes ne sont pas très élevées. Il n'y a pas beaucoup d'autres possibilités. Il est important de ne pas être punitif. C'est pour cela que je parle beaucoup d'optimiser et d'améliorer la conduite sécuritaire. La plupart d'entre nous ne conduisent pas aussi bien qu'ils le devraient. Il faudrait conduire de façon plus sécuritaire, peut-être rafraîchir nos connaissances de la conduite automobile à tous les cinq ans. On parle d'évaluation périodique, mais on ne parle pas des nouveaux cours donnés de façon périodique. Il faut avoir une approche globale.

Le sénateur Chaput : Vos recherches démontrent-elles qu'il y a un pourcentage d'accidents plus élevé causés par des conducteurs plus âgés?

Dr Bédard : Les recherches démontrent que lorsqu'on fait une moyenne des distances parcourues par les gens, les personnes plus âgées sont un peu plus à risque d'avoir un accident que celles d'âge moyen. Mais si on regarde en données absolues, les gens âgés ont moins d'accidents parce qu'ils conduisent moins. Et puisqu'ils sont moins à risque, les primes d'assurance sont beaucoup moins élevées.

[Traduction]

Le sénateur Chaput : Quelqu'un a-t-il d'autres observations à faire?

Dr Marshall : C'est là un excellent point. Il concerne en fait notre perception de la conduite automobile. Je conviens que c'est perçu comme une punition, une perte presque, non seulement sur le plan de la santé, mais aussi sur le plan de la conduite. L'idée de cesser de conduire ne fait pas partie des nombreuses choses auxquelles on se prépare dans la vie. Quand on perd son permis de conduire, non seulement n'a-t-on plus de moyen de déplacement, mais on perd aussi son lieu de résidence si l'on habite à la campagne, son indépendance, son cercle social et ainsi de suite. Ce sont là toutes des pertes.

Il faut anticiper ces pertes, et c'est pourquoi il faut s'attaquer au problème sous divers angles à la fois. Par exemple, bien des personnes cessent de conduire, même sans déclaration obligatoire ou interdiction du médecin à cause d'un problème de santé. Une grande partie de la population vit en moyenne jusqu'à une décennie après avoir cessé de conduire, que ce soit dans un centre d'hébergement, un établissement de soins prolongés, voire chez eux. Ce n'est pas comme si c'était imprévisible, mais il faut inverser la tendance.

Autre fait important, certains ne consultent pas leur médecin pour des problèmes de santé réversibles parce qu'ils craignent de perdre ainsi leur permis. Il faut modifier leur façon de penser, leur faire voir que le verre est à moitié plein, plutôt qu'à moitié vide. Il faut qu'ils en viennent à voir cela comme un événement favorable,

the threat. Unfortunately, our culture is one of “we want your licence.” It is as if we want to grab it back from you whereas it is quite the opposite. We all want older drivers to keep on driving. I think even the insurance industry will agree that some of their best drivers are older drivers. It is just the attitude or the prevailing perception that it is the case that we want to take this away from people, so, of course, they are timid and fearful. We all want to be safe drivers. We do not want to be the cause of an injury to someone else or to ourselves. You have raised a good point, namely, the perception out there, and it has to be addressed.

Senator Stratton: This discussion has been interesting, reaching that age myself and watching the body slowly deteriorate over time. It is amazing what you do in your youth that you pay for now. It does not take much.

The Chair: Telling stories?

Senator Stratton: Not deliberately.

Senator Mercer: We may want to turn the cameras off.

Senator Stratton: Exactly. There is an interesting story, and this is a sidebar. The famous actress Bette Davis was asked, when she was getting older, what it was like to get older. She looked at the interviewer and said, “Growing old ain’t for sissies.” It is true.

My point of view, and I agree with some the presenters, is that we have to encourage independence for as long as possible. To me, that is a fundamental principle.

The issue of independence as long as possible, no matter where you live, is the fundamental principle on which you operate. Looking at that principle, we can ask how serious this problem is. Is it serious enough that we need to do mandatory testing at specific ages? I liked Dr. Marshall’s statement about the two Scandinavian countries, one which had mandatory testing and the other did not. You do not see a reason to substantiate the mandatory testing at certain ages. I know one retired senator now in his nineties who is completely independent and drives around quite well. I look at that and say I hope I can reach that age and do that.

If you have that as a second principle, then you look at it on the basis of who is ultimately responsible. You have to put a lot of the onus on the person. I like the idea of Saskatchewan where drivers fill out a form on their annual licence renewal that asks whether you have a medical condition. That is a good idea.

Family and friends are critical to what is taking place. If someone is isolated rurally, you would think there would be family and friends around, for the most part. However, when we were looking at Canada pension payments and people collecting

soit de trouver un moyen de les laisser conduire plutôt que de brandir la menace d’une perte du permis. Malheureusement, on pense souvent, dans notre culture, qu’on privilégie le retrait du permis. On croit qu’on cherche à nous le reprendre, alors que c’est tout le contraire. Nous souhaitons que tous les conducteurs âgés puissent continuer de prendre le volant. Même les compagnies d’assurances, je crois, reconnaîtront que leurs meilleurs assurés sont parfois les conducteurs âgés. C’est tout simplement une question d’attitude ou d’impression dominante — on croit qu’on vise à enlever le permis —, de sorte que les personnes deviennent, naturellement, timides et craintives. Nous souhaitons tous être des conducteurs prudents. Nous ne souhaitons pas être la cause de blessures. Vous avez soulevé là une excellente question, soit la perception qui existe, et il faut y trouver une solution.

Le sénateur Stratton : La discussion m’a intéressé, puisque j’arrive moi-même à cet âge vénérable et que je constate les ravages physiques du temps. Il est étonnant de voir ce qu’on fait dans sa jeunesse dont on ne paie le prix que plus tard. Il ne faut pas grand-chose.

La présidente : Allez-vous nous raconter des histoires?

Le sénateur Stratton : Pas si je peux l’éviter.

Le sénateur Mercer : Il se peut qu’on demande de fermer les caméras.

Le sénateur Stratton : Justement. J’ai une anecdote intéressante à vous raconter, en à-côté. On a demandé à la célèbre actrice Bette Davis, alors qu’elle prenait de l’âge, comment c’était de vieillir. Elle a fixé l’intervieweur du regard et lui a répondu : « Vieillir, ce n’est pas pour les poules mouillées ». C’est vrai.

À mon avis, et je suis d’accord avec ce qu’ont dit certains témoins, il faut encourager l’autonomie le plus longtemps possible. Il s’agit là, pour moi, d’un principe de base.

La question du maintien de l’autonomie le plus longtemps possible, quel que soit l’endroit où vous habitez, est le principe à la base de tout ce que vous faites. À l’examen de ce principe, on peut se demander à quel point le problème est grave. Est-il si grave qu’il faut soumettre les personnes d’un certain âge à des examens obligatoires? J’ai bien aimé ce qu’a dit le Dr Marshall au sujet des deux pays scandinaves, soit qu’un avait en place des examens obligatoires et l’autre, pas. On ne voit pas de raison justifiant l’imposition d’examens obligatoires à un certain âge. Je connais un sénateur nonagénaire à la retraite qui est tout à fait autonome et conduit très bien. Quand je le vois, j’espère pouvoir faire de même moi aussi à son âge.

Si l’on souscrit à ce deuxième principe, il faut chercher à savoir qui, en bout de ligne, est responsable. Il faut qu’une grande partie du fardeau incombe à l’individu. J’aime bien l’idée de la Saskatchewan où les conducteurs remplissent chaque année un formulaire accompagnant leur demande de renouvellement de permis dans laquelle ils doivent déclarer tout trouble médical. C’est une bonne idée.

La famille et les amis sont essentiels à ce qui se passe. Si quelqu’un vit isolé à la campagne, on pourrait croire qu’il sera entouré de famille et d’amis, la plupart du temps. Toutefois, quand nous avons examiné la question des chèques de pension

Canada pension, we found that men, in particular, which was the surprising part, do not apply. You have to go and find them. It may be that the onus is put on the municipality only to that degree, that if there is a problem that they have to go and find someone. I do not think you can put the onus on the municipality to do something.

The third principle that you need to go by to allow that independence as long as possible involves the physician. If someone goes in for a medical, and the physician finds something, I do not know how he or she gets rid of that responsibility. I do not know how you can say the physician should not have to do something. For example, my ophthalmologist might say there is a certain level by which I have to be able to operate, because it was in conversation when I was having my eyes tested, to have the ability to drive. If you read the CAA conditions in different provinces, most of it concerns vision.

With those points that I listed, what I do not like is for government to get too involved in this simply because you cannot control everything. I get a little concerned when we say we can have government do this when, in effect, family and friends do it and the individual responsibility is there to do it. The responsibility of the testing bureau would be to ask the questions on the annual licence renewal form. I do not know how physicians get out of it. I would ask for your comments, doctor.

Dr. Scharfstein: I do not think physicians need or want to get out of it. Physicians have a basic premise, and it is balancing their patient's rights and respecting their confidentiality and what you owe society. In every case, physicians have to weigh that, and the underlying assumption is that a physician is obliged to report any and all medical circumstances where there is a serious threat to society or to other individuals, including driving.

A better example is child abuse. Physicians are required to report suspicions, even though that seriously compromises a patient-doctor relationship.

I do not think physicians want to get out of that; I think they understand that responsibility. They simply do not want to be put in the position of being the adjudicator of those issues. Physicians simply want to report medical conditions and leave it to the regulators to determine eligibility. There is a sense that in some way physicians are determining whether people can or cannot drive. What we are saying is that they ought not to. For example, the majority of unsafe drivers on the road are not unsafe because they are old or sick; they are just not safe drivers. Statistically you see that it is the young and new drivers who have higher accident rates.

émis par le Canada et de ceux qui les touchent, nous avons constaté que les hommes plus particulièrement, ce qui était étonnant, ne font pas de demande. Il faut les trouver. Peut-être est-ce parce que la responsabilité n'incombe que partiellement à la municipalité, en ce sens que, s'il y a un problème, il faut trouver quelqu'un. Selon moi, on ne peut pas imposer le fardeau d'agir à la municipalité.

Le troisième principe qu'il faut respecter, c'est que le maintien de l'autonomie le plus longtemps possible engage la participation du médecin. Si quelqu'un se présente pour un examen médical et que le médecin trouve quelque chose, j'ignore comment le médecin se déleste de cette responsabilité. Je ne vois pas comment vous pouvez dire que le médecin n'est pas obligé d'y donner suite. Par exemple, lors de la rencontre pour mon examen de la vue, mon ophtalmologiste pourrait dire qu'en deçà d'un certain niveau d'acuité visuelle, je ne peux pas conduire. Si l'on se fie aux conditions qui dominent dans les différentes provinces selon la CAA, la plupart ont traité à la vue.

Étant donné les points que je viens d'énumérer, ce qui me déplairait, ce serait que le gouvernement s'engage trop dans ce processus, simplement du fait qu'on ne peut tout contrôler. Je m'inquiète un peu quand j'entends dire qu'il faudrait que le gouvernement le fasse alors que, dans les faits, c'est à la famille, aux amis et à la personne concernée de le faire. La responsabilité du bureau d'examen serait de poser des questions auxquelles il faut répondre dans la demande annuelle de renouvellement du permis. Je ne comprends pas comment des médecins peuvent ne pas s'acquitter de leurs obligations. J'aimerais avoir votre opinion à cet égard, docteur.

Dr Scharfstein : Je ne crois pas que les médecins cherchent à esquiver leurs responsabilités ou à s'en délester. Ils partent d'un principe fondamental, soit qu'il faut frapper un équilibre entre les droits du patient et les obligations à l'égard de la société, tout en respectant la nature confidentielle de la relation avec le patient. Chaque fois, le médecin doit peser ces préoccupations, l'hypothèse de départ étant qu'il est tenu de déclarer tout trouble médical qui compromet gravement la sécurité de la société ou d'autres personnes, y compris sur le plan de la conduite.

Un meilleur exemple est l'enfant maltraité. Le médecin est tenu de signaler tout cas suspect, au risque de compromettre gravement sa relation avec le patient.

Je ne crois pas que les médecins cherchent à se débarrasser de cette responsabilité. Je crois qu'ils en comprennent la nature. Ce qu'ils ne veulent tout simplement pas, c'est d'être obligés de trancher. Ils préféreraient uniquement signaler les troubles médicaux et laisser les instances de réglementation décider de l'aptitude à conduire. On a l'impression que, en un certain sens, ce sont les médecins qui décident de qui peut conduire. Cela ne devrait pas être. Par exemple, la majorité des conducteurs dangereux sur la route ne le sont pas parce qu'ils sont vieux ou malades, mais bien parce qu'ils ne sont pas prudents. Si l'on se fie à la statistique, ce sont les jeunes et les nouveaux conducteurs qui ont les taux les plus élevés d'accident.

With respect to your comment on whether we should do anything, I would agree with your point. We ought to have a lot of evidence first about the relative safety or lack of safety of aging drivers before we put in place anything robust or difficult to enforce. I am not sure that all that evidence exists yet. That may be required first.

Mr. Munroe: The senator has outlined concisely the problems with the voluntary system that we enjoy today. It is not very successful.

We have clear evidence that the public is ready to move ahead with this. I mentioned in my presentation that Earncliffe did a study for us in 2004. About 95 per cent of Canadians who responded to that survey indicated that they were ready for mandatory testing at some point. The question is, at what point?

I can give you some anecdotal evidence. In many cases, we abdicate our responsibility. We all must take ownership of this problem. Committees like this, the government, the regulatory agencies and the CAA are trying to do our part. We do not necessarily agree with the voluntary system. There are certainly ways that it can be strengthened, as my learned friends have indicated. Perhaps that is the least difficult, most politically astute way to deal with this, because we then are off the hook. However, to apply mandatory testing at some point will certainly resolve the problem.

To make Dr. Marshall's point, at age 12, I recall going down to the ball field in Cape Breton, where I grew up, and being told I could no longer play little league because I was too old. I was heart broken, but that was the very first indication to me that the world had limits. We grow up with limits, and I think Dr. Marshall made an incredibly astute point, namely, that we do not apply that same culture to driving. We seem to believe, as Senator Chaput said, that we have a right to drive. Obviously, we do not. We believe at the CAA, and I believe, that there are conditions that come along as you get older that can indicate a problem. It is certainly the responsibility of the medical profession to do this, but we are uncomfortable with applying these rules and intruding on these doctor-patient relationships. We think it is wrong for society to do that. The way to eliminate all these problems is to have mandatory testing.

I recently saw a case where we abdicated our responsibility. It was a sad case in Halifax — you may have heard of it. An elderly gentleman was going up Robie Street, a divided road with 50-kilometre speed limit. This gentleman came up to a crosswalk with flashing lights — it is well known — that goes across the Halifax Commons. All the cars stopped. This young lad came out and ran across the crosswalk. The elderly gentleman hit him and killed him. He continued, drove up and parked at the side of the street. The police came and this gentleman sat in his car. When he finally came out of his car, at the behest of the police, he had to

Quant à ce que vous avez dit au sujet de ce qu'il faudrait faire, je souscrirais au point que vous avez fait valoir. Il faudrait attendre d'avoir beaucoup d'éléments de preuve concernant la sécurité relative ou le manque de sécurité relatif des conducteurs âgés avant de mettre en place des mesures musclées ou difficiles à appliquer. Je ne suis pas convaincu qu'une telle preuve existe. Ce serait peut-être une condition préalable.

M. Munroe : Le sénateur a décrit avec concision les problèmes posés par le régime volontaire actuel, qui n'est pas très efficace.

On a bien établi que le grand public est prêt à aller de l'avant avec cette mesure. J'ai mentionné dans ma déclaration qu'Earncliffe a fait une étude pour nous en 2004. Environ 95 p. 100 des Canadiens qui ont répondu au questionnaire ont dit qu'ils étaient disposés à imposer des examens obligatoires à un moment donné. La question est de savoir à quel moment au juste.

Je peux vous fournir une certaine preuve anecdotique. Souvent, nous renonçons à assumer nos responsabilités. Il faut que nous reconnaissons tous que le problème nous appartient. Des comités comme le vôtre, le gouvernement, les instances de réglementation et la CAA tentent de faire leur part. Nous ne souscrivons pas forcément au régime de déclaration volontaire. Il existe certainement des moyens de le renforcer, comme l'ont précisé mes érudits collègues. C'est peut-être la façon la plus facile, la plus fine, sur le plan politique, de régler le problème, parce qu'ensuite, on n'est plus responsable. Toutefois, l'imposition d'examen obligatoires à un moment donné règlera assurément le problème.

Pour renchérir sur ce qu'a dit le Dr Marshall, à 12 ans, je me rappelle m'être présenté sur le terrain de balle, à Cap-Breton, où j'ai grandi, et m'être fait dire que je ne pouvais plus jouer dans la petite ligue parce que j'étais trop vieux. J'en avais le coeur brisé, mais pour la toute première fois de ma vie, j'ai été confronté à des limites. Nous grandissons dans le cadre de ces limites, et le Dr Marshall a fait valoir un point très important, soit que nous n'imposons pas de limite à la conduite automobile. Nous semblons croire, comme l'a dit le sénateur Chaput, que conduire est un droit. Manifestement, ce n'est pas le cas. La CAA et moi-même sommes convaincus que des troubles qui se manifestent durant le vieillissement indiquent la présence d'un problème. Il est certes de la responsabilité de la profession médicale de les signaler, mais l'idée d'appliquer ces règles crée un malaise, et il nous répugne de nous insérer dans les relations entre un patient et son médecin. Nous estimons qu'il est mal pour la société de le faire. La façon de régler tous ces problèmes, c'est d'imposer des examens obligatoires.

J'ai suivi récemment une affaire dans laquelle nous avons abdiqué nos responsabilités. C'est un incident malheureux qui est survenu à Halifax — vous en avez peut-être entendu parler. Un vieux monsieur circulait sur la rue Robie, une rue à chaussées séparées où la vitesse maximale est de 50 kilomètres/heure. À la hauteur d'un passage pour piétons avec feux clignotants — une intersection bien connue qui mène au parc Halifax Commons, toutes les voitures se sont immobilisées. Un jeune s'est élancé en courant dans le passage pour piétons. Le vieux monsieur l'a frappé mortellement, puis a continué de rouler et s'est garé le long

have his four-legged walker. That is the first problem. This matter, of course, went through the courts. The second problem was who was at fault, who should be blamed and where are the lawsuits going, and so on? However, six months later, he was given his licence back and he is still driving, as far as I know. There is something intuitively wrong with a system that allows that kind of situation to continue. Obviously, that gentleman had problems that should have been addressed. We just said, "No mandatory testing. We do not need to know. We do not have the right to know." Perhaps there was no physician involved, which also is unconscionable.

We believe that mandatory testimony must happen at some time, which needs to be determined. The CAA would like to participate in the debate and the discussion, if you should choose to have a subcommittee or some other body struck to try to work this out. We would like to work with our fellow physicians. Dr. Marshall made unbelievable points, as did Doctors Scharfstein and Bédard. What am I doing with all these doctors? It is great to be with them and it is wonderful to have the opportunity to understand their position and to put forth ours.

The Chair: Thank you. We have run out of time, but there is one area I must deal with — and it is one, Dr. Scharfstein, which you raised. It has nothing to do with driving and everything to do with the whole issue of professions judging other members of professions as to their competency to continue to practice. I am a teacher.

My experience as a teacher is that we did not do a very good job of weeding out those who were not particularly good at their jobs. It is fine to put these things in a code of ethics, but, realistically, as we have physicians who are getting older and older, will there not be some stronger limitations that we will have to put in place? If Dr. Keon were here, he would be the first to say that he did not believe that he was capable of doing the intricate heart surgery that he did over a certain age, so he stopped doing that type of surgery. He also went on to say — and this is on the record — that he would not want a 70-year-old neurosurgeon operating on him, thank you very much. If we will not have mandatory retirement — and that is a given, because it has been tossed out straight across the land — how will we ensure that competent people in a variety of professions are functioning and incompetent people are not?

Dr. Scharfstein: First, I take the premise, absolutely, that we must do that. It is no more important than in the medical profession. I tried to point out that much has been done. I guess whether enough is being done is the question.

You pointed that out Dr. Keon should not be doing open-heart surgery at his stage in life, but he is still a very valuable contributor as a medical practitioner, in a more restricted way, like restricted driving. The vast majority, if not universally, of physicians, as their skills decline, either restrict on

du trottoir. À l'arrivée des policiers, le monsieur était assis dans sa voiture. Quand il en est finalement sorti, à la demande des policiers, il avait besoin de sa marchette. C'est là le premier problème. Bien sûr, l'affaire s'est retrouvée devant les tribunaux. Le deuxième problème était de déterminer qui était en faute, qui était à blâmer, quel tribunal saisir de l'affaire et ainsi de suite. Toutefois, six mois plus tard, on a rendu au monsieur son permis et, que je sache, il conduit encore. Il y a quelque chose d'intuitivement pervers dans un système qui permet à ce genre de situation de persister. Manifestement, le monsieur avait des problèmes auxquels il aurait fallu voir. Non, nous avons simplement décidé qu'il n'y aurait pas d'examen obligatoire, qu'il est nécessaire de savoir et que nous n'en avons pas le droit. Peut-être un médecin n'a-t-il pas été consulté, ce qui est également scandaleux.

À notre avis, tôt ou tard, il faudra imposer les examens obligatoires. Il s'agit de déterminer à quel moment le faire. La CAA aimerait participer au débat, si vous décidiez de former un sous-comité ou un autre organe pour essayer d'en fixer les modalités. Nous aimerions travailler de concert avec nos collègues médecins. Le Dr Marshall a fait valoir des points fort utiles, tout comme les Drs Bédard et Scharfstein. Comment donc me suis-je retrouvé en compagnie de tous ces médecins? J'en suis ravi, et il est fantastique de pouvoir connaître leur position et leur exposer la nôtre.

La présidente : Merci. Notre temps est écoulé, mais je dois aborder un autre sujet — vous en avez parlé, docteur Scharfstein. Cela n'a rien à voir avec la conduite. Je veux plutôt parler de toute la question des membres de professions qui évaluent leurs pairs afin de déterminer s'ils ont toujours les compétences voulues pour continuer leur travail. Je suis enseignante.

Mon expérience en tant qu'enseignante m'a montré que nous n'avons pas très bien réussi à éliminer les personnes qui ne sont pas compétentes dans leur travail. Il est bien de prévoir des mécanismes de protection dans un code d'éthique, mais, soyons réalistes, avec le vieillissement des médecins, ne faudrait-il pas mettre en place des restrictions plus sévères? Si le Dr Keon était ici, il serait le premier à raconter que lorsqu'il a jugé qu'il n'était plus capable de pratiquer des chirurgies cardiaques pointues comme avant, il a cessé de le faire. Il a également dit — et c'est dans le compte rendu — qu'il ne voudrait pas se faire opérer par un neurochirurgien de 70 ans, non merci. Si nous n'imposons pas la retraite obligatoire — et c'est le cas, on y a mis fin à l'échelle du pays — comment peut-on s'assurer que des personnes compétentes exercent leurs professions correctement et que les incompetents sont éliminés?

Dr Scharfstein : Tout d'abord, je pense que nous devons absolument nous assurer de cela. Et surtout en médecine. J'ai voulu souligner le fait que bien des progrès avaient été accomplis. Maintenant, je suppose qu'il faut se demander si c'est suffisant.

Vous avez dit que le Dr Keon ne devrait pas pratiquer des opérations à cœur ouvert à son âge; cependant, il peut encore être utile à la profession en tant que médecin, mais avec des restrictions, tout comme dans le cas de la conduite restreinte. La grande majorité, voire la totalité des médecins dont les facultés

their own or often, through privileging, are restricted to maintain a safe practice and they stop doing invasive surgery but still do other things. I think the premise is correct. I would actually be so bold as to suggest that the medical profession has probably done a fair bit more than most in that regard. We separate the advocacy groups like our association from the regulators. The colleges have a public mandate. There are usually 50 per cent lay members on their council. Most of their processes include public members on discipline and on credential committees, et cetera. Over the last 10 years, there has been a significant increase in the number of non-physicians who are part of that process. They need to be transparent because the assumption is that you do not police yourself and you need to demonstrate what you are doing openly. I think there is a lot there. I will note the *Shipman* case.

I think there is a light shining on the whole profession. I have kids who are teachers and brothers who are lawyers and I agree with your point that not all professions take the issue of self-regulation as seriously as they should or could. I do not mean to imply that it is perfect the way it is, you must have of the profession involved in self-regulation. They will know more about their colleagues and their competencies than non-physicians, for example. We often hear the term now not “self-regulation” but “profession-led”; that is, the profession takes a lead role, but with the public. I would suggest that in looking at that, to the best of my knowledge, the processes in place within the medical profession might serve as examples for other professions as well. I guess it is a balance of risk. I would be so bold as to say that I think in the vast majority of the circumstances that those are assuring relatively safe practices. It is not perfect for sure, but what you will hear from the Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada is that the new initiative is something called “revalidation.” Adding that next level of assurance, where there will be a requirement to annually demonstrate what you are doing to maintain competence might be part of the missing piece that you reference.

The Chair: Thank you very much. Thank you to Mr. Munroe, Dr. Scharfstein, Dr. Bédard and Dr. Marshall. This has been a very interesting panel.

Our next panel includes Laura Watts from the Canadian Centre for Elder Law Studies, and Jeanne Desveaux, President of the Alzheimer Society of Nova Scotia. She is also the past National Chair of the Elder Law section the Canadian Bar Association.

Laura Watts, National Director, Canadian Centre for Elder Law Studies: As is often the case, we first heard from the insurance companies and the doctors and then the lawyers take the floor.

déclinent s'imposent eux-mêmes des restrictions ou, bien souvent, sont contraints à des mesures spéciales pour assurer une pratique sécuritaire; ils cessent d'effectuer des chirurgies effractives, mais ils peuvent faire d'autres choses. Je crois que le principe de base est bon. J'irais même jusqu'à dire que la profession médicale a fait plus de choses dans ce domaine que les autres. Nous faisons la distinction entre les associations professionnelles comme la nôtre et les organismes de réglementation. Les collèges de médecins ont un mandat public. Habituellement, 50 p. 100 des membres de leur conseil ne viennent pas de la profession. La majeure partie du temps, ils font appel à des représentants du public pour siéger à leurs comités de discipline et d'examen des titres, par exemple. Au cours des 10 dernières années, il y a eu une hausse importante de la participation de personnes qui ne sont pas médecins à ces activités de contrôle. Les procédures doivent être transparentes, parce que l'on part du principe selon lequel on ne se surveille pas soi-même et il faut montrer ouvertement ce qu'on fait. Je pense que c'est très important. Souvenez-vous de l'affaire *Shipman*.

Je crois qu'il y a une lueur d'espoir pour la profession. J'ai des enfants qui sont enseignants et des frères qui sont avocats. Je suis d'accord avec vous, ce ne sont pas toutes les professions qui prennent la question de l'autoréglementation aussi au sérieux qu'elle devrait l'être. Je ne veux pas dire que les choses sont parfaites en médecine, et il faut que les membres d'une profession participent aux activités d'autoréglementation. Ils en connaissent davantage sur leurs collègues et leurs compétences que des personnes qui, par exemple, ne sont pas médecins. On entend souvent parler maintenant d'activités « régies par la profession » plutôt que d'« autoréglementation »; cela signifie que la profession joue un rôle de premier plan, mais avec la participation du public. Je dirais que, selon moi, ce qui est en place au sein de la profession médicale pourrait servir d'exemple à d'autres professions. Je pense que c'est une question d'équilibre des risques. J'irais même jusqu'à dire que, dans la grande majorité des cas, nos procédures garantissent des pratiques relativement sécuritaires. Les choses ne sont pas parfaites, bien sûr, mais la Fédération des ordres des médecins du Canada vous parlera de la nouvelle initiative qu'on appelle « revalidation ». En ajoutant ce niveau supplémentaire de protection, dans le cadre duquel il faut déclarer une fois par année ce que l'on fait pour conserver ses compétences, on a peut-être trouvé une partie de l'élément manquant dont vous parlez.

La présidente : Merci beaucoup. Je vous remercie, monsieur Munroe, docteur Scharfstein, docteur Bédard et docteur Marshall. Vous nous avez fourni des informations très intéressantes.

Nous accueillons maintenant nos prochaines expertes : Laura Watts, représentante du Canadian Centre for Elder Law Studies, et Jeanne Desveaux, présidente de la Société Alzheimer de la Nouvelle-Écosse. Mme Desveaux est également la présidente sortante de la Section nationale du droit des aîné(e)s de l'Association du Barreau canadien.

Laura Watts, directrice nationale, Canadian Centre for Elder Law Studies : Comme c'est souvent le cas, nous avons entendu en premier le témoignage des compagnies d'assurances et des médecins, puis c'est au tour des avocats.

[Translation]

Honourable Senators, thank you for inviting me here today. I am the National Director of the Canadian Centre for Elder Law Studies, or CCEL. The CCEL began doing research in 1999 and was incorporated in 2003.

[English]

The mandate of the Canadian Centre for Elder Law Studies is to improve the lives of older adults in relationship with the law, to advance law reform issues of particular interest to older adults and to be a leader and public legal education and information on these issues. It is a non-political, non-partisan organization that works collaboratively with key national and international stakeholders, including federal and provincial organizations, clinicians, judges, academics, et cetera. We engage in scholarly research and writing, we draft and comment on legislation and we engage in knowledge mobilization events. Today, I would like to talk about three particular issues and I have three key recommendations flowing from them.

How do we ensure that older adults are afforded the respect and self-determination of their individual rights as full members of Canadian society as protected by the Canadian Charter of Rights and Freedoms? My first issue is one of rights. How do we as Canadians address the complex issue of varying mental capabilities — what we have heard referred to today as mental competency, mental capacity or mental capability — such that the older adults are able to freely use their rights and to protect broader society as well? In other words, the balancing of rights issues with regards to mental capacity is my second point. My third point is questioning how Canada can be a leader in reducing social vulnerability and elder abuse and neglect issues.

I will put a face on these issues because each of our experiences with aging is personal by its very nature, and I often say it beats the alternative. I would like to tell you about Gladys. While this is not her real name and she is an amalgamation of a few cases, it will highlight some of the issues we are addressing, namely that of rights, mental capacity and vulnerability or elder abuse and neglect.

Gladys is an 89-year-old woman with some physical frailty in the form of hip problems; she has lived in her own neighbourhood in Western Canada for 40 years and has raised her children. Her daughter lives in Toronto and the other son lives nearby but is a bit of ne'er-do-well and there is an interested nephew in Halifax.

[Français]

Honorables sénateurs, je vous remercie pour votre invitation aujourd'hui. Je suis la directrice nationale du Canadian Centre for Elder Law Studies, le CCEL, organisation nationale du droit responsable de la recherche sur la loi des aînés. Le CCEL a commencé ses recherches en 1999 et s'est établi comme une société en 2003.

[Traduction]

Le mandat du Canadien Centre for Elder Law Studies consiste à améliorer la vie des personnes âgées en ce qui a trait aux questions juridiques, à promouvoir les questions relatives à la réforme du droit qui peuvent avoir des conséquences sur les personnes âgées, à jouer un rôle d'avant plan en matière d'éducation et à diffuser de l'information pertinente sur ces questions. Nous ne sommes pas une organisation politique ni partisane et nous collaborons avec les intervenants clés à l'échelle nationale et internationale, notamment des organismes fédéraux et provinciaux, des cliniciens, des juges, des universitaires, « et cetera ». Nous participons à des travaux de recherche universitaire et à la rédaction d'articles savants, nous rédigeons des documents et émettons des commentaires sur des questions juridiques et, enfin, nous prenons part à des événements de mobilisation pour la diffusion de la connaissance. Aujourd'hui, j'aimerais parler de trois questions en particulier et vous faire part de mes recommandations pour chacune d'entre elles.

Comment pouvons-nous faire en sorte que l'on protège les droits individuels des personnes âgées dans un contexte de respect et d'autodétermination et qu'on les considère comme des membres à part entière de la société canadienne qui sont protégés par la Charte canadienne des droits et libertés? Le premier point dont je veux parler porte sur les droits. Comment pouvons-nous aborder, au Canada, le problème de la diminution des capacités mentales — on a aussi parlé aujourd'hui d'aptitudes mentales, de capacités cognitives ou d'aptitudes intellectuelles — de manière à ce qu'on permette aux personnes âgées de jouir de leurs droits en toute liberté, mais qu'on protège en même temps l'ensemble de la société? Autrement dit, il s'agit d'équilibrer les droits en tenant compte des problèmes de capacité mentale, et c'est le deuxième point que je veux aborder. Le troisième point est une question : Comment le Canada peut-il jouer un rôle de premier plan et contribuer à diminuer la vulnérabilité sociale et les mauvais traitements infligés aux personnes âgées?

Je vais vous donner un exemple concret, car nous avons tous une expérience très personnelle de la vieillesse, alors c'est la meilleure façon d'illustrer la situation. Je vais vous parler de Gladys. C'est une histoire fictive, mais qui est un amalgame de plusieurs cas vécus et cela me permet de parler concrètement de certaines des questions qui nous intéressent, notamment les droits de la personne, la capacité mentale et la vulnérabilité, ainsi que les mauvais traitements envers les aînés.

Gladys est une femme de 89 ans qui est fragile physiquement en raison d'un problème de hanches; elle habite dans la même localité de l'Ouest du Canada depuis 40 ans, et c'est là qu'elle a élevé ses enfants. Sa fille vit à Toronto et son fils, bien qu'il habite près de chez elle, est plutôt un bon à rien. Elle a aussi un neveu à

This is very representative of Canadian society. There are studies to show the average distance between family and friends in Canada is something in the neighbourhood of 400 kilometres in urban areas and 3,000 kilometres in rural areas. I will talk about how she has been enriched by her neighbourhood, how she is engaged in her faith group, et cetera, and she has known her neighbours for years. However, they are changing, too, so she does not know all of them the way she once did.

The stairs in her house are a problem for her so she does not go upstairs as much as she used to. However, she is still emotionally connected with her house, the place where she has had her family. She is fiercely independent and has been actively resisting the helpful advice of family and friends that she should move into some type of long-term care facility. The daughter, Susan, particularly wants to have her mother move into the nursing home because the daughter feels disconnected living in Toronto. She feels that if her mother was in a nursing home, her mother would be safer. However, we have studies that prove that may not be the case.

Her son Daniel has always been a bit of a ne'er-do-well and is suggesting his mother make him her power of attorney. He has young children from a variety of relationships and is finding it very difficult to enter the extraordinary housing market in Vancouver. In addition to the power of attorney, he is also suggesting she might immediately put the house in some type of joint tenancy arrangement with him. This would assist her in avoiding probate taxes; we would not want to have to pay the government anything. He also said Gladys does not need a house that big and should be helping the younger generation and doing the family a favour. She does not need that much space anyway.

Both of her children have been pressuring her significantly as well as the nephew in Halifax. She has been vociferous in her resistance and that has been calling attention to her "inappropriate" and "unseemly behaviour" against going into the residence where she should be. There was also one comment that perhaps for a woman, in particular, she should not be so argumentative. This is a common issue and one we do not talk about openly.

Related to our first key issue, how would Gladys be subjected to Charter discrimination issues? I will talk about the law and reflect on section 15, which is our age-protected area of discrimination. In particular, I would like to parse out the issue of living at risk and decision making.

We have in our society this notion that people should become compliant with age. I certainly hope that within my family I will continue in the broad tradition of being as irascible and independent as possible; it seems that will be the case. Gladys is a full adult in the law and pursuant to Canadian federal legislation has the right of all full citizens; including right to say no and the right to live her life the way she wants. It is true she is having some short-term memory issues, and if she does not take her medications relating to her diabetes she can have some

Halifax qui pousse en faveur de ses propres intérêts. C'est très représentatif de la société canadienne. Des études montrent que la distance moyenne qui sépare les membres d'une même famille et les amis au Canada est d'environ 400 kilomètres dans les régions urbaines et 3 000 kilomètres dans les régions rurales. La dame a vécu une vie enrichissante dans son quartier, elle est notamment active dans un groupe religieux, et elle connaît ses voisins depuis de nombreuses années. Cependant, le voisinage change aussi, alors elle ne connaît plus tout le monde comme avant.

Elle a de la difficulté à monter les escaliers chez elle, alors elle ne va plus à l'étage supérieur comme elle le faisait autrefois. Cependant, elle est très attachée à sa maison, l'endroit où elle a fondé sa famille. Elle est fière et indépendante et refuse fortement de déménager dans un établissement de soins de longue durée, malgré les conseils bienveillants de sa famille et de ses amis. Sa fille, Susan, insiste particulièrement pour que sa mère déménage dans une maison de soins infirmiers parce qu'elle est loin, à Toronto. Elle pense que sa mère serait plus en sécurité dans un tel centre. Cependant, des études prouvent que ce n'est pas nécessairement le cas.

Son fils, Daniel, qui a toujours été un peu bon à rien, voudrait que sa mère lui donne une procuration. Il a de jeunes enfants nés de mères différentes et il a beaucoup de difficulté à s'acheter une maison à Vancouver, où les prix sont astronomiques. En plus de la procuration, il voudrait qu'elle prenne des dispositions pour qu'il devienne immédiatement tenant conjoint de sa maison. Il dit qu'en faisant cela, sa mère n'aurait pas à payer des frais d'homologation; il dit qu'ils n'ont pas à donner de l'argent au gouvernement. Il dit également que Gladys n'a pas besoin de vivre dans une maison si grande, qu'elle devrait aider la jeune génération et rendre service à sa famille. Il dit que de toute manière, elle n'a pas besoin d'autant d'espace.

Les deux enfants de la dame ont donc fait beaucoup de pression sur elle, tout comme son neveu d'Halifax. Elle a résisté avec véhémence, ce qui a été interprété comme étant un refus « inapproprié » et « inconvenant » alors que sa place est dans un établissement de soins infirmiers. Quelqu'un a également dit qu'une femme ne devrait pas être aussi entêtée. Ce genre de réaction se produit souvent, mais c'est tabou.

Pour en revenir à mon premier point, comment le cas de Gladys peut-il être interprété en vertu des motifs de discrimination de la Charte? Je vais parler de la Charte et, notamment, de l'article 15, qui traite de la discrimination fondée sur l'âge. Je voudrais aussi décortiquer la question du risque et celle de la prise de décisions.

Dans notre société, nous croyons que les personnes âgées doivent être obéissantes. J'espère que dans ma famille, je pourrai continuer à être aussi irascible et indépendante que possible, comme je l'ai toujours été; je pense que oui. Gladys est une adulte à part entière selon la loi; en vertu des lois canadiennes, elle a les mêmes droits que n'importe quel citoyen à part entière, notamment ceux de dire non et de vivre sa vie comme elle l'entend. Il est vrai qu'elle a des troubles qui affectent sa mémoire à court terme et que, lorsqu'elle ne prend pas ses médicaments

fuzziness in her thinking. However, she says she is in no danger to herself or others, but the family disagrees, and this is where the problem lies.

Gladys is subject to what I would consider gender discrimination, a hidden issue when it comes to older adults. We recently completed a project called Aging with Challenges and one issue was aging identity issues. As people get older, they become less identifiable as individuals and become a blank slate of an old person. We know that is not the case and what may be appropriate for an old man and appropriate for an old woman in this social norm indeed can be very different. Older women have a different narrative about what is appropriate: She should become more compliant with age, but Gladys is resisting that.

Given the aging population of Canada, my number one recommendation is that the next "ism" we need to address as a federal government is to recognize ageism. We talk about it, but it is not been ranked as a rights based issue in Canada. The discourse has been about something that is out there in media, but the federal government should recognize aging not just as an issue but as a social movement. This has been done in other countries in Europe, Japan and Australia.

It should be recognized formally as a social movement akin to the disability rights movement or the feminist movement. Once named as an "ism" it can be identified as a key area of research which can be supported. We have a paucity of research on ageism in Canada and that is one area that if recognized as a social movement, we can move with federal dollars and support to focus around these issues on a broader basis.

The second key issue is how Canadians address the complex issue of mental capabilities. This really is the elephant in the corner. We have a problem with lexicon in Canada and even more problematic perhaps as a multicultural nation based on a bicultural model, we have a wide variety of languages enriching our country, but when dealing with very specific terminology, it can mean different things for different people.

I have been in discussions with psychiatrists, social workers, lawyers and bankers in one room using the same words and not two of them were talking about the same thing. There has been little research done in Canada about what mental competency, mental capability and mental capacity mean. Do they mean the same thing? I say they do not mean the same thing.

In addition, we have not looked at how things are measured. It is interesting that in some jurisdictions there is a functional notion of capacity. This is some of the discourse you were hearing today. Do you have the functional ability to drive, and how is that related to a mental capacity to do your cheque book? My

contre le diabète, elle peut avoir des idées confuses. Elle affirme qu'elle n'est pas en danger et ne met la vie de personne en danger, mais sa famille n'est pas d'accord, et c'est là le problème.

Gladys fait l'objet de ce que j'appellerais une discrimination fondée sur le sexe, une question taboue chez les personnes âgées. On a récemment terminé un projet qui s'appelle « Aging with Challenges » et une des questions que nous avons abordées était celle de l'identité chez les aînés. À mesure que les personnes vieillissent, on les considère de moins en moins comme des individus; elles deviennent des personnes âgées sans individualité propre. Nous savons que ce n'est pas vrai. Mais dans notre société, on peut avoir différentes interprétations de ce qui est acceptable pour un homme âgé et ce qui l'est pour une femme âgée. Notre société pense que les femmes âgées doivent se comporter d'une certaine manière : elles doivent être plus dociles en vieillissant, et Gladys refuse de se conformer à ce préjugé.

Avec le vieillissement de la population au Canada, ma première recommandation est que le gouvernement fédéral reconnaisse un autre « isme », soit l'âgisme. On en parle, mais l'âgisme n'est pas reconnu comme un problème qui relève des droits de la personne au Canada. Les dirigeants en parlent comme de quelque chose qui est abordé dans les médias, mais le gouvernement fédéral devrait reconnaître que le vieillissement de la population n'est pas seulement un fait, c'est un phénomène social. Certains pays d'Europe, le Japon et l'Australie l'ont reconnu.

L'âgisme devrait être reconnu officiellement comme un phénomène social au même titre que les droits des personnes handicapées ou le mouvement féministe. Une fois reconnu officiellement, il pourra devenir un domaine clé de recherche bénéficiant de subventions. Bien peu de travaux de recherche sont effectués sur ce sujet au Canada et c'est un domaine qui, s'il était reconnu comme un phénomène social, pourrait bénéficier de l'aide financière et de l'appui du gouvernement fédéral, ce qui ferait avancer les choses.

Le deuxième point dont je veux parler, c'est la façon dont les Canadiens abordent la question complexe des capacités mentales. C'est vraiment un problème. Nous avons de la difficulté avec la terminologie au Canada et, ce qui complique peut-être davantage les choses, en tant que société multiculturelle qui fonctionne selon un modèle biculturel, nous utilisons différentes terminologies au pays. C'est peut-être enrichissant, mais on sait bien que les termes spécialisés que nous utilisons sont interprétés de manière différente selon les personnes.

J'ai participé à des discussions réunissant des psychiatres, des travailleurs sociaux, des avocats et des banquiers; tous utilisaient le même langage, mais aucun ne parlait de la même chose. On a mené très peu de recherches, au Canada, pour définir les termes compétences intellectuelles, aptitudes intellectuelles et capacités intellectuelles. Ont-ils tous la même signification? À mon avis, non.

De plus, nous ne nous sommes pas penchés sur la façon dont les choses sont évaluées. Il est intéressant de constater que dans certaines provinces, il existe une notion fonctionnelle de la capacité. Vous en avez entendu parler ici aujourd'hui. Avez-vous la capacité fonctionnelle de conduire, et comment cela est-il lié à

husband will say I have never had the mentality capacity to manage my cheque book but have had the fortunate circumstance of having my drivers licence since I was 16 years old. They do not mean the same thing. We need to look at how the notions of capacity, competency and capability may or may not be measured. We need language first. The lexicon needs to be addressed and that is a research issue.

In this case, Gladys seems to have challenges recognizing the mental impact if she did not take her medications, but I said they were manageable so that is an issue of capability.

I suggest that the appropriate question in Canada should be capable for what. If we address this notion as a standard starting ground, the lexicon can unfold from there as opposed to giving a blanket statement about a number of unknown issues. Specificity is important and that can bring us to where we need to be.

If capability is challenged, it has enormous social and civil impact. It includes the impacts of denying section 3 and section 7 rights pursuant to the Canadian Charter of Rights and Freedoms. If a person is determined “incapable,” he or she loses the right to vote, the right of liberty, the right to marry — or in some cases, the right to divorce. That person loses the right to make guardianship and asset decisions. The person becomes a nonentity in law. It is the most severe impact one can have and if we do not understand what our terms mean, the impacts indeed are desperate.

It is an enormous power and my concern is who assesses the assessors? As a lawyer, as a member of the national executive of the Canadian Bar Association and in my positions on a number of boards, I can tell you I have had the fortune and misfortune to see a variety of capability assessments performed. I witnessed a court case where a prescription pad with the notation “Madam X is not capable” was admitted into court. The judge took it as evidence. I saw another case where the judge threw it out as evidence.

Who assesses the assessors? Who decides who knows how to do that? In Ontario there is a system of capacity assessments, but there have been criticisms about how that is done. In other jurisdictions, no one is certain who assesses it. I suggest to you that the federal government should establish a program to determine what tools and mechanisms would be appropriate for creating capacity assessors.

With regard to the third issue, in what way can Canada be a leader in reducing social vulnerability and elder abuse, I do not accept the notion that older adults are vulnerable. I accept the notion that all people are vulnerable to certain degrees based on certain conditions. You are vulnerable if you are poor. You are vulnerable if you are subject to racism. You can be vulnerable because you are subject to ageism. I know that all people are not vulnerable and all older adults may or may not be depending on their circumstances.

your intellectual capacity to manage your cheque book? My husband would say that I have never had the mental capacity to manage my cheque book but have had the fortunate circumstance of having my drivers licence since I was 16 years old. They do not mean the same thing. We need to look at how the notions of capacity, competency and capability may or may not be measured. We need language first. The lexicon needs to be addressed and that is a research issue.

In this case, Gladys seems to have challenges recognizing the mental impact if she did not take her medications, but I said they were manageable so that is an issue of capability.

I suggest that the appropriate question in Canada should be capable for what? If we address this notion as a standard starting ground, the lexicon can unfold from there as opposed to giving a blanket statement about a number of unknown issues. Specificity is important and that can bring us to where we need to be.

If capability is challenged, it has enormous social and civil impact. It includes the impacts of denying section 3 and section 7 rights pursuant to the Canadian Charter of Rights and Freedoms. If a person is determined “incapable,” he or she loses the right to vote, the right of liberty, the right to marry — or in some cases, the right to divorce. That person loses the right to make guardianship and asset decisions. The person becomes a nonentity in law. It is the most severe impact one can have and if we do not understand what our terms mean, the impacts indeed are desperate.

It is an enormous power and my concern is who assesses the assessors? As a lawyer, as a member of the national executive of the Canadian Bar Association and in my positions on a number of boards, I can tell you I have had the fortune and misfortune to see a variety of capability assessments performed. I witnessed a court case where a prescription pad with the notation “Madam X is not capable” was admitted into court. The judge took it as evidence. I saw another case where the judge threw it out as evidence.

Who assesses the assessors? Who decides who knows how to do that? In Ontario there is a system of capacity assessments, but there have been criticisms about how that is done. In other jurisdictions, no one is certain who assesses it. I suggest to you that the federal government should establish a program to determine what tools and mechanisms would be appropriate for creating capacity assessors.

With regard to the third issue, in what way can Canada be a leader in reducing social vulnerability and elder abuse, I do not accept the notion that older adults are vulnerable. I accept the notion that all people are vulnerable to certain degrees based on certain conditions. You are vulnerable if you are poor. You are vulnerable if you are subject to racism. You can be vulnerable because you are subject to ageism. I know that all people are not vulnerable and all older adults may or may not be depending on their circumstances.

However, in this case, Gladys is subject to increased risk of social vulnerability. She has family that has one interest while she has another interest. She has a physical incapability and possibly a mental issue. Should she sign that power of attorney over to her son, or put him as a joint tenant on the house? She is at significant risk.

Most people do not recognize the authority of a financial power of attorney and what that means. I have worked as a member of the British Columbia Law Institute for the Western Canadian Law Reform Consortium to create a harmonized or unified power of attorney. Our report is due out this month, so that these matters can be better addressed in different jurisdictions.

When an older adult has been abused or neglected, his or her access to justice is severely constrained. Civil remedies become inordinately difficult. How can Gladys retain a lawyer if her son empties the bank account, mortgages the house and leaves? She cannot; she has no funds.

She can try to go to the Advocacy Centre for the Elderly, currently Canada's only civil legal aid clinic that deals with the legal issues of seniors. By contrast, the United States has a firm system in place with clinics in most major cities and in every state.

I am pleased to be part of a project to open the second legal aid clinic, which will be in Vancouver, on July 1. However, considering our population, the access to justice issue is one that must be considered.

Elder abuse legislation or "vulnerable adult legislation," as it is sometimes called in Canada, is not a panacea. It varies broadly from province to province; it can only respond to suspected abuse and neglect; and its effect can severely and negatively influence older adults in exercising their rights to live at risk in the community.

Many lawyers I know say "I am glad for the legislation but I spend half my time defending seniors out from under it." The question of capacity assessments is fundamental to that and we do not have that infrastructure.

I am also concerned with the discourse of family and friends that I hear time and time again. I love the notion that older adults would be surrounded, as all people should be surrounded, by family and friends; but we know in Canada this aging cohort may not have that support. We are farther away from our families and friends than ever before. This cohort also has a longer lifespan and may outlive many family members and friends.

Similarly, we have heard of a significant crisis in the availability of family physicians, which is often, if you do not have family and friends, where that next narrative goes to. The

Toutefois, dans le cas présent, Gladys est davantage exposée à la vulnérabilité sociale. Elle est en désaccord avec sa famille. Elle souffre d'une incapacité physique et possiblement d'un problème de santé mentale. Devrait-elle signer cette procuration et la remettre à son fils, ou nommer ce dernier propriétaire conjoint de sa maison? Elle court de grands risques.

La plupart des gens ne reconnaissent pas l'autorité d'une procuration financière et ignorent ce que cela signifie. À titre de membre du British Columbia Law Institute, j'ai travaillé pour le Western Canadian Law Reform Consortium dans le but de créer une procuration harmonisée et unifiée. Nous devons remettre notre rapport ce mois-ci; ces questions seront donc mieux réglées dans les différentes provinces.

Lorsqu'une personne âgée est victime de mauvais traitements ou de négligence, son accès à la justice est très restreint. Les recours civils deviennent excessivement difficiles. Comment Gladys peut-elle s'assurer les services d'un avocat si son fils vide son compte en banque, hypothèque sa maison et s'en va? Elle ne peut pas, car elle n'a pas d'argent.

Elle peut s'adresser à l'Advocacy Centre for the Elderly, actuellement le seul service d'aide juridique en matière civile au Canada, qui s'occupe des questions de droit concernant les aînés. À titre de comparaison, les États-Unis ont mis en place un solide système en implantant des services dans la plupart des grandes villes et dans chaque État.

Je suis très heureuse de prendre part au projet d'ouverture d'un deuxième service d'aide juridique, à Vancouver; l'inauguration aura lieu le 1^{er} juillet prochain. Toutefois, compte tenu de notre population, la question de l'accès à la justice doit être prise en compte.

La législation relative aux mauvais traitements à l'égard des aînés ou « législation sur la protection des adultes vulnérables », comme on l'appelle parfois au Canada, n'est pas une panacée. Elle varie beaucoup d'une province à l'autre; elle ne peut tenir compte que des mauvais traitements et de la négligence présumés; son effet peut avoir une influence considérable et négative sur les aînés dans l'exercice de leur droit de vivre dans la communauté, même s'ils courent des risques.

Je connais beaucoup d'avocats qui disent : « Je suis content que des lois existent, mais je passe la moitié de mon temps à essayer d'y soustraire les personnes âgées en les défendant ». L'évaluation des capacités est vraiment fondamentale, mais nous n'avons pas les moyens nécessaires pour la faire.

Je suis également préoccupée par le discours de la famille et des amis, que j'entends constamment. J'aime l'idée que les aînés soient entourés, comme tous les gens devraient l'être aussi, par la famille et les amis; mais nous savons qu'au Canada, cette cohorte vieillissante n'a peut-être pas ce soutien. Nous sommes plus éloignés de nos familles et de nos amis que jamais. Les membres de cette cohorte vivent aussi plus longtemps et survivront sans doute à beaucoup de leurs amis et parents.

De même, nous savons qu'il existe une pénurie importante de médecins de famille, qui représentent souvent, si vous n'avez pas de famille ni d'amis, une relation alternative. Les médecins de

family physician will help. I am a fan of family physicians but we know that there are not enough family physicians and many older adults do not have either set of support. We need to think more broadly. If we have legislation or we have recommendations, the capacity assessment piece again is very important.

My last recommendation is that the federal government should take leadership on issues of harmonization and unification of both laws and policies that deal with elder abuse vulnerability and capacity assessments — in particular, with regard to documents such as powers of attorney, health care directives and health care consent laws.

Access to justice for older adults must be significantly supported by the federal government. I understand that may be difficult; but without the harmonization and unification, we know that jurisdictionality can be used with significant difficulty. I think my colleague will speak to some of the differences with provinces and some of the difficulties with that.

We recommend that the federal-provincial-territorial working group on senior safety be supported, and examine ways to look at tools for legislation to be harmonized in Canada. Also, this should involve the work of the Federation of Law Reform Agencies of Canada as well as the organization called the Uniform Law Conference of Canada. These organizations are happy to work together toward these ends and, with some support, can do so very usefully.

The issues of rights, mental capability and elder abuse are varied and difficult. In summary, we would make the following recommendations: federal leadership on knowledge mobilization, accepting ageism as a next social movement; exploration of the lexicon of “mental capability” “capacity” and “competency,” and different understandings of these notions, as well as working toward standards as to how to assess the assessors; and working with organizations such as the FPT, FLRAC and the Uniform Law Conference of Canada, to examine tools and mechanisms to develop harmonized laws and policies to reduce elder abuse and vulnerability.

Jeanne Desveaux, President, Alzheimer Society of Nova Scotia: I am Acadian but I would not attempt to be as articulate as my friend was so I will not attempt to speak French this afternoon.

When I was asked to come here, I wondered what I could offer since so many experts have come before you. I think what I can offer is the fact that I do practice elder law. I do work with the elderly. I do work with physicians — I work with geriatricians — and I come from a health care background. I was a nurse for many years before I entered the practice of law. The only area in

family peuvent aider. Je suis une de leurs admiratrices, mais nous savons qu'ils ne sont pas assez nombreux et que beaucoup d'ainés n'ont aucun soutien. Nous devons élargir notre réflexion. Si nous adoptons des lois ou des recommandations, ne perdons pas de vue l'évaluation des capacités; c'est très importante.

Enfin, je recommande que le gouvernement fédéral assume un rôle de chef de file sur les questions d'harmonisation et d'unification des lois et des politiques concernant la vulnérabilité des personnes âgées et l'évaluation des capacités — notamment en ce qui a trait aux documents tels que les procurations, les directives en matière de soins de santé et les lois sur le consentement aux soins de santé.

Le gouvernement fédéral doit faire des efforts significatifs pour permettre aux aînés d'avoir accès à la justice. Je sais que cela peut être difficile, mais sans cette harmonisation et cette unification, ce sera difficile d'établir les compétences. Je crois que ma collègue vous parlera de certaines différences avec les provinces et des difficultés que cela entraîne.

Nous recommandons que le groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la sécurité des aînés soit soutenu, et qu'il se penche sur les façons d'harmoniser les lois au Canada. De plus, il faudrait demander la participation de la Federation of Law Reform Agencies of Canada et de l'organisme appelé « Conférence pour l'harmonisation des lois au Canada ». Ces organismes sont heureux d'apporter leur pierre à l'édifice et avec notre appui, ils peuvent jouer un rôle très utile.

Les questions de droits, d'aptitudes intellectuelles et de mauvais traitements envers les aînés sont variées et complexes. En résumé, voici nos recommandations : que le gouvernement fédéral fasse preuve de leadership en ce qui concerne la mobilisation des connaissances; que la notion d'âgeisme soit reconnue dans la société; qu'on analyse les termes « aptitude », « capacité » et « compétence », ainsi que les différentes interprétations de ces notions; qu'on cherche à mettre en place des normes d'évaluation des évaluateurs; et qu'on collabore avec des organismes comme le FPT, le FLRAC et la Conférence pour l'harmonisation des lois au Canada, afin de trouver des outils et des mécanismes pour élaborer des lois et des politiques harmonisées qui permettront de réduire la vulnérabilité des aînés et les mauvais traitements dont ils sont victimes.

Jeanne Desveaux, présidente, Société Alzheimer de la Nouvelle-Écosse : Même si je suis Acadienne, je ne tenterai pas de parler français cet après-midi, car je ne pourrais m'exprimer aussi clairement que mon amie.

Lorsqu'on m'a proposé de venir témoigner, je me suis demandé de quelle façon je pourrais vous aider, puisque tant de spécialistes ont comparu devant vous déjà. Je crois que ce que je peux vous offrir, c'est mon expérience dans la pratique du droit des aînés. J'œuvre auprès des personnes âgées. Je travaille aussi avec les médecins — des gériatres — et je viens du secteur de la santé.

which I really devote my time is the area of elder law. That is where my heart is because seniors drew me to this area.

I work with many people who already have a diagnosis of a dementia. I often represent either the family that is attempting to have someone made the subject of a guardianship application or someone resisting those efforts by a family. I have people come to me with different dilemmas and often my clients say to me, tell someone. This afternoon I will tell someone, and that is you.

I am not one for sticking to notes. I have heard everyone and they have covered many areas, but I do want to read to you a quote from a law case from 1909. I use this very often and in my briefs to court when I am trying to make the point.

The eye may grow dim and the ear may lose its acute sense and even the tongue may falter at names and objects it attempts to describe, yet the testamentary capacity may be ample. To deprive lightly the age thus affected the right to make a will would often be to rob them of their last protection against cruelty or wrong on the part of those surrounding them and of their only means of attracting towards them such help, comforts and tenderness as old age needs.

That passage was printed in 1909 in relation to an estate case, but we could expropriate some of the comments, whether it be the issue of driving or many of the issues regarding growing old.

I have heard the various presenters going before me, and we were asked to speak to driving. I have a case in particular that I want to draw to your attention.

I had a woman who is now deceased; it is an estate file. At one point, the physician had reported to the appropriate motor vehicle branch in Nova Scotia that this woman could no longer drive. She lived in rural Nova Scotia, and her physician had a very close link with her. He said he felt like he abandoned her; she felt like she was abandoned. Her words to him were "how could you do this to me? Look what you have done to me." That was her mobility. That was her means of getting into the city from rural Nova Scotia to her specialist.

I asked him why he did not ask the palliative care physician to make that call. He said, "I could not do that because she is going to need him even more than me." That is a horrible trade-off to ask our physicians to make. The doctor abandoned her in essence because they lost their confidentiality, their doctor-patient relationship. She could no longer trust him at the time in her life when she most needed to trust him because he was the one who had to report her.

Avant de commencer ma carrière en droit, j'ai pratiqué le métier d'infirmière durant plusieurs années. Le seul domaine auquel je consacre vraiment mon temps est celui du droit des aînés. C'est ce qui me tient à cœur, car ce sont les aînés qui m'ont amenée sur cette voie.

Je travaille avec beaucoup de gens qui ont déjà reçu un diagnostic de démence. Je représente souvent soit la famille qui veut qu'une personne fasse l'objet d'une demande de tutelle, soit quelqu'un qui s'y oppose. Il y a des gens qui viennent me voir parce qu'ils font face à différents dilemmes, et souvent, mes clients me disent : « Parlez-en à quelqu'un ». Et cet après-midi, c'est à vous que je m'adresse.

J'utilise très peu mes notes. J'ai entendu tous les témoins et ils ont couvert plusieurs domaines, mais je voudrais vous citer un passage d'une cause datant de 1909. Je l'utilise très souvent dans les mémoires que je dépose à la cour, lorsque j'essaie de faire valoir un point.

La vue peut baisser, l'ouïe peut perdre de son acuité et même la parole peut défaillir quand on hésite sur les noms et objets qu'on cherche à décrire, pourtant la capacité de tester peut être suffisante. Priver, ne serait-ce que légèrement, la personne âgée ainsi atteinte de son droit de faire un testament reviendrait souvent à la déposséder de son ultime protection contre la cruauté et l'injustice de ceux qui l'entourent, et de son seul moyen d'obtenir l'aide, le réconfort et la tendresse dont les aînés ont besoin.

Cela a été écrit en 1909, dans le cadre d'une affaire de succession, mais nous pourrions reprendre certains passages, que ce soit pour la question portant sur la conduite automobile ou pour bon nombre des problèmes relatifs au vieillissement.

J'ai entendu les divers témoins qui m'ont précédée, et on nous a demandé de parler de la conduite automobile. Je voudrais citer un cas en particulier, sur lequel j'aimerais attirer votre attention.

Il s'agit d'une femme qui est maintenant décédée; c'est un dossier de succession. À un moment donné, son médecin avait signalé au bureau des véhicules automobiles, en Nouvelle-Écosse, que cette femme ne pouvait plus conduire. Elle vivait dans une région rurale de la province et avait développé un lien très étroit avec son médecin. Il a dit qu'il avait l'impression de l'abandonner, et c'est ainsi qu'elle se sentait. Elle lui a dit : « Comment avez-vous pu me faire cela? Regardez ce que vous m'avez fait ». Conduire sa voiture, c'était ce qui lui permettait de garder sa mobilité. C'était son moyen de sortir de sa région rurale pour se rendre en ville voir son spécialiste.

Je lui ai demandé pourquoi il n'avait pas insisté pour que le médecin en soins palliatifs fasse cet appel. Il a dit : « Je ne pouvais pas, parce qu'elle aura encore plus besoin de lui que de moi. » C'est terrible de demander à nos médecins de faire ce compromis. Le médecin l'a abandonnée essentiellement parce que le lien de confiance indispensable à la relation médecin-patiente était rompu. Elle ne pouvait plus lui faire confiance au moment de sa vie où elle en avait le plus besoin, parce que c'est lui qui avait dû signaler l'incapacité.

Of course, the family were all fighting over the money so they were not concerned so much about her driving. These things really do happen on the ground. I face this daily in my practice.

On the other end of the spectrum, I sit on the board of the Alzheimer Society of Nova Scotia, and one of our board members drives his motor vehicle. We call him the cover child of the magazines for someone with dementia; he drives after dark and he drives very well.

A diagnosis of one of these conditions is not a death sentence. It means that you are going to die more likely than not from a particular disease. However, that does not mean that right now, as soon as the doctor puts the ink to the page, you are no longer capable. It does not work that way.

The key comments in regard to Senator Keon were very interesting, that he recognized when his capability had diminished in regard to practising surgery. We think of that as being a very precise technique, when we think of going into someone's heart. It is very commendable that he recognized that; but had Senator Keon been diagnosed with a dementia, perhaps he would not have had the insight into his condition to know that now is the time to step back from the operating table.

When we have one of these types of illnesses, our thought processes are different. We lose the insight; we would not be able to appreciate the seriousness of the situation because in our mind, things are going on as they had before.

It is just like the man who drives up the one-way street in the wrong direction. There is a scrambling, and that is what happens. It is commendable that Senator Keon was able to recognize that, but the person with dementia may not recognize that. Various speakers this afternoon have made those points.

Our fundamental principle is always to encourage independence, so what can we do to encourage someone with a dementia who is perhaps driving and wants to continue to drive. There have been various comments about having different licensing schemes of retesting. I would support and recommend that as I am sure many members of the bar would.

Often, we are asked to account for our activities when we are filling out documentation. Our insurance companies ask us different questions in order to provide insurance coverage. Our governing bodies, whether it be the practice of medicine or law or nursing — any of the professional bodies when you go to renew your licence will ask you questions that will red flag whether or not further investigation is required. It is not a large onus to put on individuals that they complete forms that would be self-reporting in the sense that if there needs to be a recall or retesting, then it would be appropriate. It is not an infringement on a right because driving is a privilege.

Bien sûr, tous les membres de la famille se disputaient l'argent, et ils ne se souciaient guère du fait qu'elle ne pouvait plus conduire. Ces choses se produisent vraiment sur le terrain. J'en rencontre tous les jours dans mon bureau.

À l'opposé, je siège au conseil de la Société Alzheimer de la Nouvelle-Écosse, et l'un de nos membres conduit son automobile. C'est l'exemple typique d'une personne qui souffre de démence, et pourtant, il conduit très bien, même la nuit.

Lorsqu'on diagnostique ce genre de troubles, ce n'est pas une sentence de mort. Cela signifie que vous allez plus probablement mourir d'une maladie en particulier. Cependant, cela ne veut pas dire que vous être frappé d'incapacité dès que le médecin inscrit son diagnostic sur son rapport. Cela ne fonctionne pas ainsi.

Ce qu'a dit le sénateur Keon était très intéressant, lorsqu'il a raconté qu'il avait réalisé que ses capacités en tant que chirurgien avaient diminué. La chirurgie exige beaucoup de précision, comme lors d'une opération au cœur. C'est très bien de reconnaître ses limites; cependant, si le sénateur Keon avait été atteint de démence, il n'aurait peut-être pas été capable de reconnaître ce qui lui arrivait et de réaliser qu'il était temps pour lui d'arrêter de pratiquer.

Les personnes aux prises avec une maladie de cette nature ont un processus de pensée différent. Elles perdent leur capacité de discernement. Elles ne sont pas en mesure d'évaluer la gravité de la situation parce que, selon elles, rien n'a changé.

C'est comme l'histoire de l'homme qui s'engage à contresens dans une rue à sens unique. Quelque chose dans le cerveau se brouille et ce genre de chose se produit. Ce que le sénateur Keon a fait est louable — reconnaître que ses capacités avaient diminué — mais une personne atteinte de démence ne peut pas avoir conscience de cela. C'est ce que différents intervenants ont fait valoir cet après-midi.

Notre principe de base est de toujours favoriser l'indépendance, alors il faut se demander ce que l'on peut faire pour encourager une personne atteinte de démence qui, par exemple, conduit et veut continuer à le faire. On a parlé de divers systèmes d'octroi de permis de conduire qui obligerait les conducteurs visés à se soumettre à un examen. Je suis favorable à des mesures semblables; je les recommanderais même, comme bien des avocats, j'en suis certaine.

On nous demande souvent des renseignements sur nos activités lorsque nous remplissons divers documents. Nos compagnies d'assurances nous posent des questions pour savoir quelle police nous offrir. Les associations professionnelles, que ce soit pour les médecins, les avocats ou les infirmières, nous posent des questions lorsqu'il est temps de renouveler notre licence afin de déterminer si une enquête sur nos capacités s'impose. Ce ne serait pas exagéré de demander aux conducteurs de remplir des formulaires de déclaration volontaire qui permettraient d'évaluer si leur permis doit être révoqué ou si un examen doit être administré. Ce genre de mesures deviendrait alors approprié. Il ne s'agirait pas d'une atteinte à un droit parce que le fait de conduire est un privilège.

I would like to speak briefly about the vulnerable elderly, as we call them. I do not believe either Ms. Watts or I like the term “vulnerable elderly,” but we hear it often. I like to think of the “well elderly” and “aging in place,” but not so much “vulnerable” because it makes us a victim or a patient.

I would like to discuss one of the cases I dealt with, and it was a very high profile case in the media. I certainly have the family’s consent to speak to it because it has been broadly telecast from one end of the country to the other. Only under the auspices of his power of attorney, a husband had retained me to have the power of attorney validated and the fact that he did represent his wife’s interest and then he hired us as attorney’s lawyers to look after his wife’s interests in the essence of what occurred to her.

It is a case in which the woman had been removed from the jurisdiction of Canada and taken to England because there was a war over who should have possession of the body.

This woman was very intelligent. She had a background in dementia and was an expert in cognitive impairment. She had drafted documents, and in the time period she did them, that was sufficient. That is what everyone was routinely doing. She was aware that she had a dementia. She went to her physicians with her symptoms. They supported that diagnosis, there was further testing and then she was sent off to her lawyer to get her affairs in order. She did that, and she thought everything was in place. However, a family member had concerns, and if he had legitimate concerns, we have mechanisms in this country. We can report through the Adult Protection Act. Things can be investigated. This individual removed the woman from the Province of Nova Scotia, from Canada and took her to England. It was reported to the RCMP, and the RCMP referred it on to Crown attorneys for an opinion of whether or not charges could be laid, supported or if the person could be convicted. The problem turned out to be, as we have uncovered over many months, in the provisions of the Criminal Code of Canada, in particular, in relation to the kidnapping provisions. Those provisions speak of someone deemed to be competent. For any of us familiar with a person with dementia or with nursing homes in general, if I went into a nursing home in Ontario, British Columbia or Nova Scotia, and I went to a dementia unit and I said, “Would you like to come home with me?” half the people in that unit would follow me out the door. To suggest to someone, “Would you like to get on a plane with me and come to England,” the likelihood will probably be “yes,” and the person will go along obediently. That is what happened in that particular case. That is what the facts suggest.

What has been clouded is after this individual had been moved out of the jurisdiction, it became a struggle between the various families and interests as to the appropriate thing to do with her. She became more of a chess piece. Her humanity was lost.

J’aimerais maintenant parler brièvement de la vulnérabilité des aînés, comme on dit. Ni moi ni Mme Watts n’aimons qualifier les aînés de « vulnérables », mais on l’entend fréquemment. J’aime mieux penser qu’ils sont « en forme » et qu’ils « vieillissent à la maison » que de dire qu’ils sont « vulnérables », car cela sous-entend que ce sont des victimes ou des malades.

J’aimerais vous raconter une affaire dont je me suis occupée et qui a fait l’objet d’une vaste couverture médiatique. La famille m’autorise assurément à en parler, car les faits ont déjà été rapportés à la télévision d’un bout à l’autre du pays. C’est l’histoire d’un homme qui a fait appel à moi, comme avocate, pour faire homologuer la procuration qu’il avait afin de représenter les intérêts de son épouse, à cause de ce qui lui était arrivé.

Son épouse avait été emmenée en Angleterre parce qu’il y avait une bagarre sur la possession de sa personne.

Cette femme était très intelligente. Elle avait une formation dans le domaine de la démence et était une experte en déficience cognitive. Elle avait eu assez de temps pour exprimer ses dernières volontés par écrit. Elle a fait comme tout le monde. Elle savait qu’elle souffrait de démence. Elle est allée voir ses médecins pour leur parler de ses symptômes. Ils ont confirmé son diagnostic, ont entrepris des examens plus poussés et lui ont dit d’aller consulter son avocat afin de régler ses papiers. C’est ce qu’elle a fait et elle croyait que tout était organisé. Cependant, un des membres de sa famille avait des inquiétudes et, quand ces inquiétudes sont légitimes, au Canada, il existe des mécanismes. On peut signaler le problème en vertu de la « Adult Protection Act », dans notre province. Une enquête peut avoir lieu. Or, cette personne a amené la femme en Angleterre, alors qu’elle vivait en Nouvelle-Écosse. Informée de l’affaire, la GRC a demandé l’avis de procureurs de la Couronne pour savoir si des accusations pouvaient être portées et appuyées par des preuves ou si la personne pouvait être déclarée coupable. Mais, comme nous l’avons découvert bien des mois plus tard, le problème prend sa source dans les dispositions du Code criminel du Canada, notamment celles qui traitent de l’enlèvement. Ces dispositions parlent de personnes jugées aptes. Or, tout ceux qui connaissent quelqu’un atteint de démence ou qui savent ce qui se passe dans les centres de soins en général savent très bien que, si l’on va dans une unité réservée aux personnes atteintes de démence, que ce soit en Ontario, en Colombie-Britannique ou en Nouvelle-Écosse, pour demander aux patients présents de nous accompagner, la moitié va nous suivre. Si l’on propose à une personne aux prises avec un tel trouble de prendre l’avion avec nous pour aller en Angleterre, il est très probable qu’elle acceptera et nous suivra docilement. C’est ce qui s’est passé dans cette affaire. C’est ce que les faits montrent.

Ce qui a été occulté, c’est qu’après le départ de cette femme à l’étranger, c’est devenu une bataille entre les familles et les personnes intéressées afin de déterminer ce qu’il fallait faire à son sujet. Elle était devenue un pion dans un jeu d’échec. Elle avait perdu son humanité.

Now there is a struggle between the various families as to who is telling the truth and what do the facts suggest. Of course, the media became involved because this story sold newspapers. It is not a good news story but it is one with lots of drama and innuendo. That is what we were faced with. That woman's best interests are not being served by not looking at the Criminal Code, in particular. We had an individual who had a PhD and who had gone out and signed the power of attorney. She had appointed her spouse, yet someone came in and said, "I do not like what he is doing and I checked into the Adult Protection Services people of Nova Scotia, and they just did not cut it for me, so I will just take her back to England." He snubbed his nose at our laws, and we allowed it because there was nothing in place to prevent it. People should not be able to move people out of this country because they do not like our laws. If it does happen, then the individuals should be brought back to our country to be dealt with here.

That did not happen in this case. I am not faulting the RCMP, and I am not faulting Public Prosecution Service. I am faulting, perhaps, the archaic language in our Criminal Code and the fact that when it was printed, it did not recognize that we have new diseases. We have dementias such as Alzheimer's, Lewy body disease and frontal lobe dementia. We have these various diseases that impact on someone's mental capability. They did not exist, or when they existed, we called them things like "senile dementia." Someone was put into a nursing home and forgotten. The medications and treatments we have today were not available then. We need to recognize these new entities and bring the provinces and the federal government together in the Criminal Code. That would do a great deal to prevent elder abuse.

There are provisions in the Criminal Code that talk about abuses of power of attorney, but we have legislation in the provinces that deals with powers of attorney differently. The work that they are doing in the Western provinces will give us a great template for the rest of the country to look to as a document that is user friendly across the country.

I will tell you about another case of an Ontario woman. In Ontario, it is necessary to fill out two powers of attorney, one for finances and the other for health care. The woman in this case had taken care of both of these documents. One of her daughter's was leaving the country for employment reasons that required two signatures on her particular document, so the other daughter had the decision of, "What do I do? How do I manage my mother's care while I am living in a different province?" She moved her mother to Nova Scotia. It is easier to get forgiveness than permission. The rest of the family was not consulted. The two daughters had the power of attorney. They did what they deemed to be appropriate. Then it became a power struggle. The other daughter threatened that maybe she should move her mother back. We had no choice other than to go before the courts in Nova Scotia to get a guardianship in place. A guardianship gives you a court order in Nova Scotia, and with a court order, if

Il y a maintenant une lutte entre les différentes familles pour savoir qui dit la vérité et pour établir les faits. Bien sûr, les médias se sont emparés de l'histoire, parce que c'est le genre de nouvelle qui fait augmenter les tirages. Ce n'est pas une belle histoire, mais c'en est une qui comporte beaucoup d'éléments dramatiques et d'insinuations. Nous devons démêler tout ça. On ne sert pas les intérêts de cette femme en ignorant notamment le Code criminel. Cette femme, titulaire d'un doctorat, a signé une procuration. Elle a nommé son époux pour s'occuper de ses affaires, mais quelqu'un est venu dire : « Je n'aime pas ce qu'il fait; je me suis informé auprès des services de protection des adultes de la Nouvelle-Écosse et ils n'ont pas tranché en ma faveur, alors je vais tout simplement l'amener en Angleterre ». Cet homme a fait fi de nos lois et nous l'avons laissé faire parce qu'aucun mécanisme n'est prévu pour l'en empêcher. On ne devrait pas avoir le droit de faire sortir quelqu'un du Canada tout simplement parce qu'on n'aime pas les lois du pays. Lorsqu'une telle chose se produit, il faudrait pouvoir ramener les personnes afin que l'affaire soit traitée ici.

On n'a pas pu le faire dans cette affaire. Je ne dis pas que c'est la faute de la GRC, ni même du Service des poursuites publiques. Mais je dis que c'est peut-être à cause du libellé désuet du Code criminel. Quand ce texte de loi a été rédigé, certaines maladies étaient encore inconnues, alors elles n'ont pas été citées. Il existe différentes formes de démence, comme l'Alzheimer, la démence à corps de Lewy et la démence frontotemporale. Il existe diverses maladies qui affectent les capacités mentales. Ces maladies n'existaient pas à l'époque ou, si elles existaient, on les qualifiait de « démence sénile ». On plaçait les gens atteints dans des centres de soins et on les oubliait. Les médicaments et les traitements d'aujourd'hui n'étaient pas disponibles. Il faut reconnaître ces faits nouveaux et demander aux provinces et au gouvernement fédéral de mettre à jour le Code criminel. Cela permettrait d'éviter bien des abus chez les personnes âgées.

Certaines dispositions du Code criminel traitent d'abus de pouvoir relativement aux procurations, mais les lois de nos provinces abordent la question de la procuration d'une manière différente. Les provinces de l'Ouest sont en train de mettre au point un document simplifié qui pourra servir d'exemple au reste du pays.

Je vais vous relater une autre histoire, soit celle d'une femme qui habite en Ontario. En Ontario, il existe deux genres de procuration, l'une pour gérer les questions financières et l'autre pour les soins de santé. Dans cette affaire, la femme avait fait ses deux procurations. Une de ses filles a dû quitter le pays pour son travail, mais il fallait les signatures des deux sœurs d'après le document. L'autre sœur s'est alors demandé comment elle allait s'occuper de sa mère qui habitait dans une autre province. Elle a donc décidé de faire venir sa mère en Nouvelle-Écosse. C'était plus facile pour elle de se faire pardonner après coup que de demander la permission au préalable. Le reste de la famille n'a pas été consulté. Ces deux sœurs avaient été nommées dans la procuration. Chacune a fait ce qu'elle a jugé préférable, ce qui a déclenché une guerre de pouvoir. L'autre sœur voulait que sa mère retourne d'où elle venait. Nous avons été obligés d'amener l'affaire devant les tribunaux de la Nouvelle-Écosse afin de faire

someone removes someone from a jurisdiction, then at least you can go to the police and say, "I am the guardian, I have an order appointing me the guardian. Would you please do something?" It is just like when a parent is accused of moving children from one jurisdiction to the other. The custodial parent says, "He was the access parent. He was supposed to bring those children back at 5 o'clock on Sunday and he did not. Do something." Without having that type of paper with an adult, basically, the person can end up being a chess piece. I reiterate they lose their humanity and that is what we need to prevent.

The next case is one that our Chief Justice of the Supreme Court quoted from an article I wrote on the case. One afternoon, I received a phone call at my office, and it was an elderly woman calling me from a nursing home and she said, "My daughter has sold all my property. I am in a nursing home. I do not even have money to get my hair cut. I want to know what my daughter did with my money. Can you help me?" I did not know if I can help her. Then her son intervened, and he lived in another province. He got wind of the fact that his mother had been moved from her home community to another area and placed in a nursing home in another area so she would be isolated from family and friends. His allegation was this was done deliberately. There was a lot of family conflict in this particular case. I went to see what had happened to her properties. All her properties had been sold. They were ocean-front properties with a very high value in Nova Scotia. Those properties were sold or transferred. What the woman wanted to know was whether she could have money to get her hair cut, not, "What did you do with my million dollars?" It was, "I have no money." First, I spoke to her again on the telephone, and then her son went to various agencies and again he was referred back to me. It was a civil matter. It had to be dealt with within the family, reportedly.

I met with the woman and she said, "I am not asking for my daughter to be prosecuted, but I would like to have some money and I would like to know what she did with my money."

In that particular case, the woman had had a series of mini strokes. She was brought in through an emergency department and a physician very readily said she had a dementia. In essence, she probably had some delirium, because dementia is progressive; it is not reversible. She did regain function, but here she is with this label of being demented. What do you do? She is in a nursing home; they have it documented that she has dementia. She is in an isolated nursing home in rural Nova Scotia and there are no geriatricians. The family physician does not want to give me any information. I sent a letter off to the daughter thinking that this would not be difficult. She would give us an accounting as to what she did with her mother's money and give her mother a bit of money every month — her mother does not want her prosecuted. However, the son might have his own agenda, too. He is upset because he does not know where his sister spent the family

placer la mère sous tutelle. Avec une tutelle, on peut obtenir une ordonnance de la cour, en Nouvelle-Écosse. Ainsi, avec une ordonnance, si une personne dont on a la charge est amenée dans une autre province, on peut au moins faire appel aux policiers. On peut dire : « Je suis le tuteur, j'ai une ordonnance du tribunal qui le prouve. Pouvez-vous faire quelque chose? » C'est la même chose que lorsqu'un parent est accusé d'avoir enlevé son enfant parce qu'il l'a amené dans une autre province ou un autre pays. Le parent qui a la garde de l'enfant peut dire : « C'est moi le parent responsable. Il devait ramener mon enfant à 17 heures dimanche, et il ne l'a pas fait. Faites quelque chose. » Si l'on ne dispose pas de ce type de document dans le cas des adultes, n'importe qui peut devenir comme un pion dans un jeu d'échec. Je le répète, lorsque cela arrive, les victimes perdent leur humanité et c'est ce qu'il faut empêcher.

L'autre histoire dont je veux vous parler a été citée par notre juge en chef de la Cour suprême, à partir d'un article que j'ai écrit à ce sujet. Un après-midi, j'ai reçu un appel à mon bureau. Une femme âgée m'appelait d'une maison de soins pour me dire ceci : « Ma fille a vendu toutes mes propriétés. J'habite dans une maison de soins. Je n'ai même pas d'argent pour me faire couper les cheveux. J'aimerais savoir ce que ma fille a fait de mon argent. Pouvez-vous m'aider? » Je ne savais pas si je pouvais l'aider. Ensuite, son fils est intervenu. Il habitait dans une autre province. Il avait appris qu'on avait déménagé sa mère dans une maison de soins située dans une autre région, afin qu'elle soit loin de sa famille et de ses amis. Son fils prétendait qu'on l'avait isolée délibérément. Il y avait beaucoup de conflits dans cette famille. Je me suis informée pour savoir ce qui était arrivé aux propriétés de la dame. Elles avaient toutes été vendues. Elles étaient situées sur le bord de la mer, ce qui vaut très cher en Nouvelle-Écosse. On les avait vendues ou on avait transféré leur titre de propriété. La femme âgée voulait savoir si elle pouvait se payer une coupe de cheveux, pas où se trouvait son million de dollars. Elle disait qu'elle n'avait pas d'argent. Je l'ai recontactée au téléphone. Puis, son fils a consulté des cabinets d'avocats qui lui ont dit de faire appel à moi, qu'il s'agissait d'une affaire au civil. On lui a dit qu'il fallait traiter avec la famille.

J'ai rencontré la dame âgée, qui m'a dit ceci : « Je ne veux pas que ma fille soit poursuivie, mais j'aimerais avoir de l'argent et j'aimerais savoir ce qu'elle a fait avec mon argent. »

Dans cette affaire, la dame avait subi une série de petits AVC. Elle avait été transportée à l'urgence d'un hôpital et un médecin avait posé très rapidement un diagnostic de démence. En fait, elle a probablement présenté un délire, parce que la démence est progressive et irréversible. Elle s'est ensuite rétablie, mais elle est maintenant prise avec un diagnostic de démence. Que faut-il faire dans un tel cas? Elle vit dans une maison de soins; des documents officiels confirment qu'elle est atteinte de démence. Elle habite dans une région rurale et isolée de la Nouvelle-Écosse, où il n'y a pas de gériatre. Le médecin de famille ne veut me donner aucun renseignement. J'ai envoyé une lettre à la fille de la dame, ne prévoyant pas de problème. Je croyais qu'elle allait nous dire ce qu'elle avait fait avec l'argent, puis qu'elle allait donner à sa mère un peu d'argent à tous les mois puisque sa mère ne veut pas la poursuivre. Cependant, le fils a peut-être d'autres intentions. Il est

inheritance. My focus is on the mother and she wants \$20, not \$2 million. I asked the daughter for an accounting under the power of attorney. The daughter hired a lawyer who sent me a letter saying that her mother is incompetent, she has dementia, she cannot instruct counsel, go away; it is none of your business. I thought, "He does not know who he is dealing with." I did not go away. That is the reality of it. All the mother wanted was money for her hair. She did not have any money in her purse. It was not that her daughter had used this power of attorney when it is questionable whether the mother was even able to give counsel when she gave instructions for that power of attorney.

Often, I will have lawyers as well as family physicians say to me, "But the person only scored 23 out of 30 on a mini-mental state exam." I say, "Your point is? So what!" They then say, "She has dementia. She is only at 23." I say, "I am a 23 if I have a migraine. I am sure you are 23 some days. In fact, I am sure I am only an 18 some days." That exam only detects the presence of a condition; it does not detect the severity or what is impacted.

As Ms. Watts said earlier, when we talk about "capable," capable of what? We need to look at how these tests are being used and who is doing them. We must start assessing the assessors. This is something that must start from the top and work down, not from the bottom up.

I do have some recommendations. When I think of how easy it is for that daughter to go into a bank with her mother and say, "I have my mother's power of attorney." She can go into a lawyer's office and say, "I want to sell my mother's ocean-front property. I have her in a nursing home in another part of the province." Some red flags should go up to both the lawyer and the bank. Does the bank offer independent legal advice? It has to offer independent legal advice. I think I am correct when I say this — and I think I am protected by these walls if I am incorrect — banks want to have proof of the identity of an individual so that if a spouse tries to go off and mortgage the family home, the wife must be offered independent legal advice. Yet, the daughter can go into the bank with a power of attorney and mortgage the mother's property and no one offers any independent legal advice for the mother. Banks are a federal jurisdiction, if I am not mistaken, and I do think there is an onus on the bank. Some banks are doing a fabulous job, but it is not mandatory, if someone comes in the door with a power of attorney, that someone has looked behind it.

I get really cranky when I have the person who is appointed as attorney call me and say, "I went to the teller to withdraw money from my mother's account or from my aunt's account and the bank teller told me I could not do that; that is a power of attorney. How do I know that she really gave it to you?" That

en colère, parce qu'il ne sait pas ce que sa sœur a fait avec l'héritage de la famille. Mais moi, je m'occupe de la mère, qui veut vingt dollars et non deux millions. J'ai demandé à la fille de me rendre des comptes en vertu de la procuration. La femme a fait appel à un avocat qui m'a envoyé une lettre disant que la mère de sa cliente était incapable, qu'elle était atteinte de démence et qu'elle ne pouvait retenir les services d'un avocat. Il me demandait de laisser sa cliente tranquille, ajoutant que l'affaire ne me concernait pas. Je me suis dit : « Il ne sait pas à qui il a affaire. » Je n'ai pas laissé tomber. Voilà les faits. Tout ce que la mère voulait, c'était de l'argent pour pouvoir se faire couper les cheveux. Elle n'avait pas d'argent dans sa bourse. Le problème, ce n'était pas que sa fille avait utilisé la procuration, mais le fait qu'on ne savait pas si sa mère avait été capable de donner des instructions quand elle avait fait cette procuration.

Souvent, des avocats ou des médecins de famille me disent ceci : « Mais la personne n'a obtenu que 23 sur 30 lors d'un mini-examen cognitif ». Je leur dis : « Et alors, quelle importance? » Ils me répondent : « Elle souffre de démence. Elle n'a obtenu que 23. » Alors je leur dis : « J'obtiendrais moi aussi 23 si j'avais la migraine. Et je suis certaine que vous obtiendrez 23 certains jours. En fait, parfois, je pense même que je n'obtiendrais que 18. » Ce type de test permet uniquement de détecter la présence d'un trouble; il ne peut pas déterminer sa gravité ni sa nature.

Comme Mme Watts l'a dit plus tôt, lorsque nous parlons de « capacité », de quoi s'agit-il? Il faut nous demander comment on utilise ces tests, et qui les effectue. Nous devons commencer à évaluer les évaluateurs. Pour cela, il faut partir du haut, et non du bas.

J'ai quelques recommandations à faire. Il est si facile pour cette fille de se présenter dans une banque avec sa mère en disant qu'elle a une procuration de cette dernière. Elle peut aller dans le bureau d'un avocat et affirmer qu'elle souhaite vendre les propriétés en bordure de mer de sa mère, qu'elle a placée dans une maison de soins infirmiers dans une autre partie de la province. Cela devrait sonner l'alarme pour l'avocat et la banque. L'institution bancaire offre-t-elle des services juridiques indépendants? Il faut qu'elle le fasse. Je crois pouvoir dire sans me tromper — et je pense être protégée, si je fais erreur — que les banques exigent des preuves d'identité, de sorte que si un individu tentait, de son propre chef, d'hypothéquer la maison familiale, des conseils juridiques indépendants seraient offerts à son épouse. Pourtant, une fille peut se présenter à la banque avec une procuration et hypothéquer la propriété de sa mère sans que quiconque offre des avis juridiques indépendants à cette dernière. Si je ne m'abuse, les banques sont de compétence fédérale, et je crois que cette responsabilité leur incombe. Certaines banques font de l'excellent travail, mais si quelqu'un arrive avec une procuration, il n'est pas obligatoire d'y regarder de plus près.

Cela me met en rogne quand quelqu'un qui a été nommé mandataire m'appelle en disant : « J'ai essayé de retirer de l'argent du compte de ma mère ou de ma tante au guichet bancaire, et le caissier m'a dit que je ne pouvais le faire, et qu'il fallait une procuration, en me demandant comment il pouvait

makes me cranky. In a sense, the bank is being protective of that individual. The answer lies somewhere between the two extremes; we have to meet in the middle.

In Nova Scotia, if you are selling someone's property with a power of attorney, the power of attorney has to go on record at the registry of deeds. If someone is operating under a power of attorney, no matter what province it is, maybe there needs to be some sort of red flag — that is, something to raise awareness. We have a no-fly list. We think it is an infringement on people's rights, security of the person, and so on. There are all kinds of things we like to throw out there as excuses to get rid of some of these things. We call seniors our vulnerable population, yet there is nothing to protect them. Maybe it is as simple as having some sort of database.

I would like to talk now about physicians and education and the law and education. We have a need for geriatricians in this country, yet, I think every one of them has sent me an email in terms of the comments that I should make to you. We do not have enough of them. We need more. The family physician says that your mother scored 23 out of 30 on a mini-mental state exam and, therefore, she has dementia. But that is done without a referral to a geriatrician. Your mother should go off to a lawyer and get a power of attorney. Get that power of attorney and then sell your mother's house. There is a slippery slope when it comes to the abuse of the elderly. We can stop it with physicians having more education in that area. It should be fundamental. We need specialists but we also need our family physicians to have more education in that area.

Are they getting it? In some areas, they are. Maybe physicians voluntarily get more education, but I think it must be mandatory. It is the same for law. I do not think someone should be coming into a lawyer's office with a daughter sitting there instructing the lawyer. I do not think all lawyers do that. I think that would be the exception, not the majority. There must be knowledge that someone can be diagnosed, they can present well, depending on what type of dementia they have, but they could be compromised when it comes to giving instructions. We have to go behind and there must be an onus to do so.

The concerns and issues are not a simple matter. They are not private family matters. They are not the responsibility of the province or the federal government. All of us have the responsibility. The federal government can set the pace.

When I see the work that the federal-provincial-territorial working group has been doing in regards to elder abuse, I applaud that work. In one sense, I get a lot of work from it, as do other lawyers in this area, because there is awareness in the community. My reason to go into this area was not to become rich — that will

savoir si ma mère ou ma tante m'avait réellement confié ce pouvoir. » Cela me met en colère. Dans un sens, la banque protège cette personne. La solution se trouve quelque part entre ces deux extrêmes; nous devons trouver un juste milieu.

En Nouvelle-Écosse, si l'on vend la propriété de quelqu'un au moyen d'une procuration, cette procuration doit être enregistrée au bureau d'enregistrement des titres. Si quelqu'un agit en vertu d'une procuration, peu importe dans quelle province, peut-être devrait-il y avoir un signal d'avertissement, quelque chose qui crée une sensibilisation. Nous avons une liste noire. Nous croyons qu'il y a là une atteinte aux droits, à la sécurité, et cetera. des gens. Il y a toutes sortes de motifs que nous aimons invoquer pour nous débarrasser de ce genre de questions. Nous appelons les aînés notre population vulnérable, et malgré cela, il n'y a rien pour les protéger. Peut-être faudrait-il quelque chose d'aussi simple que de tenir une sorte de base de données.

J'aimerais maintenant parler des médecins, de la formation et de la loi. Nous manquons de gériatres au Canada, et pourtant, je crois qu'ils m'ont tous envoyé un courriel pour me faire part de leurs remarques à vous transmettre. Nous n'avons pas assez de ces spécialistes. Il nous en faut davantage. Le médecin de famille peut dire à quelqu'un que sa mère a obtenu 23 points sur 30 à un mini-examen d'état mental et que, par conséquent, elle est atteinte de démence. Mais on fait cela sans recommander le patient auprès d'un gériatre. Une mère devrait aller voir un avocat et obtenir une procuration. Mais on peut obtenir cette procuration puis vendre la maison de sa mère. Quand il s'agit d'abus envers les aînés, on est sur un terrain glissant. Nous pouvons y mettre un terme en formant davantage les médecins à cet égard. Cela devrait être un principe fondamental. Nous avons besoin de spécialistes, mais il faut également que nos médecins de famille soient davantage informés dans ce domaine.

Mais les médecins reçoivent-ils cette formation? Dans certaines régions, oui. Peut-être y a-t-il des médecins qui vont chercher davantage de formation sur une base volontaire, mais cela devrait être obligatoire, selon moi. La même chose vaut pour la loi. Je ne pense pas que quelqu'un devrait se présenter dans un cabinet avec sa fille qui est là, à donner des instructions à l'avocat. Je ne pense pas que tous les avocats font cela. À mon avis, il s'agit d'une exception, et non de la majorité. On devrait être conscients qu'une personne peut avoir fait l'objet d'un diagnostic et sembler bien portante, selon le type de démence dont elle est atteinte, mais voir ses droits compromis lorsqu'il s'agit de donner des instructions. On devrait aller au-delà, et être tenu de le faire.

Les enjeux et préoccupations ne sont pas simples. Il ne s'agit pas de questions d'ordre privé ne concernant que la famille. Elles ne relèvent pas non plus d'une province ou du gouvernement fédéral. Nous sommes tous responsables. Le gouvernement peut donner le ton.

Lorsque je vois les travaux accomplis par le groupe de travail fédéral-provincial-territorial en ce qui a trait aux mauvais traitements à l'égard des aînés, je lève mon chapeau. Dans un sens, ces travaux me procurent beaucoup de travail, tout comme aux autres avocats spécialisés dans le domaine, car il y a une

never happen. However, the fact that they are getting the message out and people are getting more information is fabulous. That shows how effective that one working group is, in particular.

I see the growth and the potential of what can be done from the federal level to spread the word across the country so that we can protect those in society as well as us. It will be us and our children. We must do something about it. Remember: Age is not a disease.

The Chair: Thank you very much. I received a document from our researchers the other day, and I actually wrote on top of that document, "age is not a disease."

Let me put a hypothetical question to you and ask for your response. An elderly woman, a severe diabetic with serious physical capacity problems, is in a nursing home but does not want to be there. She wants to be home. The family does not want her home because they know she probably would not take her insulin at the appropriate times, probably cannot bathe herself appropriately, probably cannot ensure her total physical safety but she wants to be there; she does not want to be in the nursing home. What do you do?

Ms. Desveaux: I have a couple of questions that I need to know. Does she have money? Whether she has money or not, it is still cheaper to maintain the person in his or her own home with assistance than to provide that same care in an institution. Really, it should not matter if we have money. That is an argument that I continually make in this country. We have a universal health care system. We are supposed to have portability, so you should be able to take your mother from Ontario to Nova Scotia and that would be covered off. You should not have a waiting period. There should be access, and the care should be able to be provided in your community.

We had a case out of Nova Scotia in regards to mental health supports that went all the way to the Supreme Court of Canada. They said that the woman should be provided the care in her own community with the support network. The same thing goes with aging. Diabetes can be maintained by our various partners and organizations that make home visits, such as the Victorian Order of Nursing. Her pills could be monitored for compliance. However, she does not want to be there.

I am neutral when it comes to politics; I simply want the elderly to be cared for. I recently had various conversations with Alexa McDonough who had the opportunity and the privilege of visiting Ms. Munroe in England. She was appalled at the woman's condition and how she had deteriorated. However, she saw a system at work in England where the patient's advocate is truly the patient's advocate. They have a system that is almost like our child protection legislation, but not in that sense. They

sensibilisation dans la communauté. Je ne me suis pas dirigée dans ce domaine dans l'espoir de devenir riche; cela n'arrivera jamais. Mais le fait qu'on transmette le message et que les gens obtiennent davantage d'information est merveilleux. Cela montre à quel point ce groupe de travail, en particulier, est efficace.

Je vois les développements et le potentiel de ce qui peut être accompli au niveau fédéral pour passer le message partout au pays, afin que nous puissions protéger ces membres de notre société, ainsi que nous-mêmes. Un jour, ce sera notre tour et celui de nos enfants. Nous devons agir à cet égard. Souvenez-vous : la vieillesse n'est pas une maladie.

La présidente : Merci beaucoup. L'autre jour, nos attachés de recherche m'ont remis un document sur lequel j'ai justement noté : « La vieillesse n'est pas une maladie ».

Laissez-moi vous poser une question hypothétique à laquelle j'aimerais que vous répondiez. Une dame âgée, hautement diabétique et souffrant de sérieux problèmes de capacité physique, est placée dans une maison de soins de longue durée, mais ne veut pas vivre là. Elle désire retourner chez elle. Or, les membres de sa famille ne veulent pas qu'elle rentre à la maison, sachant qu'il est probable qu'elle ne prenne pas son insuline au bon moment et ne puisse prendre son bain convenablement ni assurer sa sécurité physique totale. Toutefois, la dame veut habiter chez elle, et pas dans un foyer de soins infirmiers. Que faire?

Mme Desveaux : Je dois connaître certains détails. A-t-elle de l'argent? Qu'elle en ait ou non, il demeure moins cher de maintenir la personne dans sa maison en lui fournissant une aide que de fournir les mêmes soins en institution. En réalité, qu'on ait ou non de l'argent ne devrait pas avoir d'importance. C'est un argument que je réitère continuellement dans ce pays. Nous avons un système de soins de santé universel. Nous sommes censés appliquer le principe de transférabilité, alors on devrait pouvoir déplacer sa mère de l'Ontario à la Nouvelle-Écosse en bénéficiant d'une couverture des frais encourus. Il ne devrait pas y avoir de période d'attente. L'accès devrait être garanti et les soins fournis dans la communauté.

En Nouvelle-Écosse, nous avons eu un cas concernant les services de soutien en santé mentale qui s'est rendu jusqu'à la Cour suprême du Canada. On a dit que la dame concernée devrait avoir accès à des soins dans sa propre collectivité avec le réseau de soutien. La même chose vaut pour la vieillesse. Le diabète peut être traité par nos différents partenaires et organismes qui font des visites à domicile, comme les infirmières de l'Ordre de Victoria. On pourrait assurer un contrôle de ses comprimés pour veiller à ce qu'elle les prenne. Quoi qu'il en soit, la dame ne souhaite pas être dans un centre de soins.

En matière de politique, je suis neutre; je veux simplement qu'on prenne soin des aînés. Récemment, j'ai eu plusieurs entretiens avec Alexa McDonough, qui a eu l'occasion et le privilège de visiter Mme Munroe, en Angleterre. Elle a été consternée de voir à quel point l'état de santé de cette dernière s'était détérioré. Toutefois, en Angleterre, elle a vu à l'œuvre un système où le défenseur du patient en est vraiment un. Les Britanniques ont un système qui est pratiquement comme nos lois

advocate for that person. The elderly diabetic woman who does not want to be in the nursing home would have someone such as an ombudsman to whom she could go to fight her case. Her rights, not the rights of her family, should be paramount. It should not matter whether or not the person has money. We know there are allegations in this country that if you have money you can jump the queues; if you need a CT scan, you can get around the wait times.

When it comes to the elderly, it is cheaper to put more money in the right places such as providing care in the home. It does not have to be an economic argument but it always comes down to that.

Ms. Watts: There is a section 7 issue that I want to bring back to the Canadian Charter of Rights and Freedoms. If she is mentally capable, whatever that means — and I want us to be thinking a lot about who has made that assessment and with what tools — regardless of physical frailty, she is able to make her own decisions and she has the right to act as foolishly as she wishes.

I often say that I plan, at a certain age, to spend most of my money on shoes. I am a well-known shoe-lover and I plan to spend my money on them at that age. Will it be prudent? No. Will it enrich my life? Absolutely.

If the woman we are talking of should choose to live three months in a situation at risk and if she is mentally capable of doing so, pursuant to section 7 of the Charter of Rights and Freedoms, she has that right. If it is infringed upon, she has a section 15 remedy saying she is being discriminated against based on age.

A public policy answer to that also draws upon my colleague's response. We know from some preliminary work at the Public Health Agency that Health Canada and the provincial governments have addressed but have not taken action on a national strategy on home care. In particular, I draw attention to whether this woman is palliative. If so, we need to be looking very seriously at hospice and palliative options regarding quality of life. We know the most expensive place for that woman to be is in that long-term care home, second only to an acute care bed. It seems to me that Canada is doing her no service and she is doing no service to Canada. Therefore, she has the right to make her decisions and I recommend that we support her in any way we can, especially if it is a matter of palliative or hospice care. She has the right to make the decision.

The Chair: In this country, we also know that if you have a lot of money and can pay for home care support, you can remain in your home. However, only a small minority of Canadians can live

sur la protection des enfants, toutes proportions gardées. On agit à titre de défenseurs des personnes concernées. La dame diabétique âgée qui ne souhaite pas être dans un foyer de soins infirmiers pourrait faire appel à quelqu'un comme un ombudsman pour défendre sa cause. Ses droits, et non ceux de sa famille, devraient passer avant tout. Le fait que cette personne ait de l'argent ou non ne devrait pas compter. Nous savons qu'il y a des allégations selon lesquelles dans ce pays, si on a de l'argent, on peut passer devant tout le monde dans la file, et que si l'on doit passer un examen tomodynamométrique, on peut contourner le temps d'attente.

Quand il s'agit des aînés, il est plus économique d'investir davantage d'argent aux bons endroits, par exemple en fournissant des soins de santé à domicile. Cela ne doit pas nécessairement être un argument économique, mais on en revient toujours à cela.

Mme Watts : J'aimerais revenir sur un problème que pose l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés. Si une personne est mentalement capable, peu importe ce qu'on entend par ce terme — j'aimerais que nous nous interroguions longuement sur la personne qui a fait une telle évaluation, avec quels outils —, abstraction faite de sa fragilité physique, elle est en mesure de prendre ses propres décisions et a le droit d'agir de manière aussi inconsiderée qu'elle le souhaite.

Je dis souvent que j'ai l'intention de dépenser une grande partie de mon argent pour des chaussures lorsque j'aurai atteint un certain âge. Je suis uneoureuse des chaussures notoire, et j'ai prévu dépenser mon argent là-dedans. Est-ce que ce sera prudent? Non. Cela enrichira-t-il ma vie? Absolument.

Si la dame dont nous parlons devait choisir de vivre trois mois dans une situation à risque et qu'elle est intellectuellement capable de le faire, en vertu de l'article 7 de la Charte des droits et libertés, elle en a le droit. Si l'on y porte atteinte, elle dispose d'un recours aux termes de l'article 15, selon lequel elle est victime de discrimination en raison de son âge.

Une politique publique répondrait à ce problème, mais également à celui évoqué par ma collègue dans sa réponse. Nous savons, d'après certains travaux préliminaires de l'Agence de la santé publique du Canada, que Santé Canada et les gouvernements des provinces se sont penchés sur une stratégie nationale en matière de soins à domicile, mais n'ont pas pris de mesures à cet égard. En particulier, j'attire l'attention sur la question de savoir si la dame dont nous parlions a besoin de soins palliatifs. Si c'est le cas, il nous faut examiner très sérieusement les options en matière de soins palliatifs, sous l'angle de la qualité de vie. Nous savons que pour cette dame, le choix le plus coûteux, tout de suite après un lit dans un établissement de soins actifs, serait de vivre dans la maison de soins de longue durée. Il me semble que le Canada ne lui rend pas service, et que l'inverse est aussi vrai. Elle a donc le droit de prendre ses propres décisions, et je recommande que nous l'appuyions de toutes les façons possibles, surtout si c'est une question de soins palliatifs ou de soins en hospice. Elle a le droit de prendre cette décision.

La présidente : Au Canada, nous savons également que si l'on a beaucoup d'argent et qu'on peut payer pour des soins à domicile, on pourra rester chez soi. Toutefois, une petite minorité de

that way. We also saw a famous case in New York where an elderly woman had money and she still did not get the care she required because she had a son that did not ensure she had the money to do it. She had to have a grandson advocate on her behalf in order to secure those resources for her.

It is left to the family and, to be fair, this is a very caring loving family that just wants the best care for their mother. They are terrified that she is not going to have quality care if she moves back into her own home. This is not about money or even about power. This is about their legitimate desire to do what they believe is in the best interests of their mom, with their mom in conflict saying that it is not in her best interest.

The dilemma I think many of us will face in that kind of a situation is: "How can I educate the Canadian people to recognize that this is not a second childhood my mother is going into? This is her adulthood and she is entitled to make those decisions even though I am not comfortable with those decisions."

Ms. Desveaux: You used the word "comfort." You are more comfortable having your mother cared for because you do not have to worry about her getting up at night and tripping over the foot stool on the way to the bathroom. You can sleep better at night, but it is not about your comfort; it is about your mother's comfort. Therefore, your mother has the right to live at risk.

Senator Mercer: I think it is interesting that you use that terminology. Let us turn it around and go back to when we were parents of children. Children move away from us and we spend time fretting about what they are doing and if they are getting up in the middle of the night and tripping over the stool, et cetera. All of us who are parents had to learn to live with that type of concern. We do not necessarily feel comfortable with it all the time.

I think you are correct: I am very concerned that people go for the quick fix of putting Mom in the nursing home. It is extremely expensive, not just for the family if they are paying for it, but it depletes all the resources that the parents have built up over their lifetime. It also depletes the resources of the province that they are living in.

In my estimation, I do not think it provides the quality care that people say it does. It provides safe care because if they are looking for safety, they are probably going to get that in a nursing home. If looking for quality, they will not necessarily get it unless they are paying top dollar and, as Senator Carstairs says, that is not necessarily the case, either.

I am interesting in talking about Great Britain where patient advocates are truly that. Perhaps this is something we should pursue a little further. Perhaps there needs to be an advocate for the aged and that advocate indeed works for them and not for us,

Canadiens seulement peut vivre ainsi. Nous avons également vu ce cas bien connu où, à New York, une dame âgée avait de l'argent mais n'obtenait toujours pas les soins dont elle avait besoin, parce que son fils ne veillait pas à ce qu'elle ait de l'argent à cette fin. Il a fallu que son petit-fils défende sa cause en son nom pour lui assurer ces ressources financières.

La décision est laissée à la famille et, à vrai dire, il s'agit d'une famille aimante et attentionnée qui souhaite les meilleurs soins pour sa mère. Les membres de la famille ont très peur qu'elle ne bénéficie pas de soins de qualité si elle retourne dans sa propre maison. Il ne s'agit pas d'argent, ni même de pouvoir. Il s'agit de leur souhait légitime d'agir de la meilleure façon possible dans l'intérêt de leur mère, alors que celle-ci s'y oppose en disant que cela n'est pas dans son meilleur avantage.

Dans ce type de situation, le dilemme auquel bon nombre d'entre nous seront confrontés se résume à la question suivante : « Comment puis-je éduquer la population canadienne afin qu'elle reconnaisse que ma mère ne se dirige pas vers une deuxième enfance? Elle est adulte et a le droit de prendre ses propres décisions, même si celles-ci me mettent mal à l'aise ».

Mme Desveaux : Vous avez utilisé le mot « à l'aise ». Vous êtes plus à l'aise avec l'idée qu'on prenne soin de votre mère parce que vous n'avez pas à vous inquiéter qu'elle se lève en pleine nuit et qu'elle trébuche sur le repose-pieds en se rendant à la salle de bain. Vous pouvez davantage dormir sur vos deux oreilles. Or, il ne s'agit pas de votre confort, mais de celui de votre mère. Elle a donc le droit de vivre dans des conditions à risque.

Le sénateur Mercer : Je trouve intéressant que vous utilisiez cette terminologie. Mais revenons à l'époque où nous élevions des enfants. Nos enfants partis de la maison, nous passons notre temps à nous tracasser en nous demandant ce qu'ils font, s'ils se lèveront en plein milieu de la nuit et trébucheront sur le repose-pieds, et cetera. Tous ceux parmi nous qui ont été parents ont dû apprendre à vivre avec ce genre d'inquiétudes. Nous ne nous sentons pas nécessairement à l'aise tout le temps dans ce contexte.

Je pense que vous avez raison : je suis très préoccupée par le fait que les gens optent pour la solution facile de placer leur mère dans un centre de soins infirmiers. C'est extrêmement cher, pas seulement pour la famille si elle en assume les coûts, mais cela épuise également toutes les ressources que les parents ont accumulées au cours de leur vie, en plus de réduire les ressources de la province où ils habitent.

Je ne crois pas que cela garantit la qualité de soins que l'on prétend. Si on cherche la sécurité, c'est probablement ce qu'on aura avec un centre de soins infirmiers. Mais si on cherche la qualité, on ne l'obtiendra pas nécessairement, à moins de payer beaucoup d'argent et, comme le sénateur Carstairs l'a dit, ce n'est pas garanti non plus.

J'aimerais parler du Royaume-Uni, où les défenseurs des patients agissent vraiment dans l'intérêt des patients. Peut-être est-ce une chose que nous devrions examiner de plus près. Peut-être faudrait-il qu'il y ait un défenseur des aînés, et que ce

nor for the bank, nor the family nor the life insurance companies. The government may pay for it but these advocates do not work for the government but for the aged person who feels aggrieved.

I really sympathize with the family because most families want the best for their aging parents but the families also have to respect the decisions that their parents make. I like the idea that we can be foolish in old age.

How do we get to the point where we have an advocate? Should the advocate be a federal or provincial officer?

Ms. Desveaux: I see a role for both jurisdictions. When I think of public trustees, for example, not all provinces have a public trustee and a public guardian. In Nova Scotia, we have a combined office made up of one person with minimal office staff. She is the hardest working lawyer in Nova Scotia. I am using that example because that I am familiar with it.

We have the federal government and provincial governments. We have federal and provincial civil servants. We could have oversight from the federal level and best practices so that the provinces could carry it out. It could be legislated to the provinces' responsibility but there could be federal jurisdiction in terms of federal oversight to ensure best practices so things would not be done in isolation in rural British Columbia, the City of Halifax or in francophone Quebec. I use that example because sometimes things are done differently in Quebec; its laws are different.

We would look at the best interests of the aged person, not what makes a son in British Columbia taking care of his mother in Ontario more comfortable. I cannot see why it cannot be done. We can appoint public trustees. Why can we not appoint ombudsman or someone as the seniors' advocate?

We need to appoint someone with the background and knowledge of those conditions, not someone who will take the interests of the physician who has had those interests shaped by the family, or the banking officer in the rural community who knows the family will do what they want anyhow. We want someone who is independent, who truly is that person's representative. It can be done.

Senator Mercer: Regarding your description of the portability of health care, I think that is really something we need to explore. I benefited from the portability of health care. I pay my taxes in Nova Scotia but I have had health care in Ontario. It is interesting that if you go through the process, you go up to a point where there are reciprocal agreements between the provinces and they only go so far. That does not just affect the elderly; it affects all of

défenseur travaille véritablement pour les personnes âgées et pas pour nous, ni pour la banque, la famille ou les compagnies d'assurances. Le gouvernement pourrait payer pour ces défenseurs; cependant, ceux-ci ne travailleraient pas pour le gouvernement, mais pour les personnes âgées qui se sentent lésées.

Je compatis vraiment avec la famille, car la plupart des gens veulent ce qu'il y a de mieux pour leurs parents âgés. Mais ils doivent également respecter les décisions que leurs parents prennent. J'aime l'idée que nous puissions faire des bêtises quand nous sommes âgés.

Mais comment en arriver à avoir un tel défenseur? Devrait-il être un agent fédéral ou provincial?

Mme Desveaux : Selon moi, les deux ordres de gouvernement pourraient jouer un rôle à cet égard. Quand je pense au curateur public, par exemple, ce ne sont pas toutes les provinces qui ont ce poste, ni celui de tuteur public. En Nouvelle-Écosse, nous avons un bureau fusionné formé d'une personne et d'un personnel réduit au minimum. La titulaire de ce poste est l'avocate qui travaille le plus fort en Nouvelle-Écosse. J'utilise cet exemple parce que je le connais bien.

Nous avons des gouvernements et des fonctionnaires de niveau fédéral et provincial. Nous pourrions assurer une supervision du fédéral et mettre en place des pratiques exemplaires pour que les provinces puissent remplir cette tâche. Les provinces pourraient avoir la responsabilité légale d'assumer cette fonction, mais le fédéral pourrait avoir compétence pour ce qui est de veiller à l'application des pratiques exemplaires, de sorte qu'on n'agirait pas en vase clos dans la Colombie-Britannique rurale, la ville d'Halifax ou le Québec francophone. J'utilise cet exemple parce que parfois, on fait les choses autrement au Québec. Les lois de cette province sont différentes.

Nous tiendrions compte du meilleur intérêt des personnes âgées, et pas de ce qui peut mettre à l'aise un fils de Colombie-Britannique qui fait soigner sa mère en Ontario. Je ne vois pas pourquoi on ne pourrait pas le faire. Nous pouvons nommer des curateurs publics. Pourquoi ne pas nommer un ombudsman ou quelqu'un d'autre qui agirait à titre de défenseur des aînés?

Il nous faut nommer quelqu'un qui possède un bagage et des connaissances relativement à ces conditions, et non une personne qui tiendra compte des intérêts du médecin, intérêts qui ont été déterminés par la famille, ou encore de ceux de l'agent des opérations bancaires de la communauté rurale qui connaît la volonté de la famille et sait qu'elle agira à sa guise de toute façon. Nous voulons quelqu'un d'indépendant, qui représente véritablement la personne concernée. Cela peut se faire.

Le sénateur Mercer : En ce qui concerne votre description de la transférabilité des soins de santé, je pense que c'est vraiment une question que nous devons étudier sous tous ses aspects. Je bénéficie de cette transférabilité. Je paie des impôts en Nouvelle-Écosse, mais j'ai reçu des soins de santé en Ontario. Il est intéressant de noter que si l'on franchit les étapes du processus, on arrive à un point où il y a des accords réciproques entre les

us. How do we fix that and what are the specifics that you see missing in the portability for the aging?

Ms. Desveaux: The specifics are if you were living in a nursing home in Ontario and you are under the OHIP or Pharmacare plan of that province and you go Nova Scotia, there is a waiting period. One client had to move her mother into care; of course, there was no bed available because there are people in acute care tying up beds waiting for nursing homes. She had the option of putting her mother in a small home with around-the-clock care which the family had to pay for. The family had to take on all of the health care expenses during that time, whereas it should be transferable.

I have one of the private health care providers giving me insurance, which many of us do — most of us get extra coverage so that the ambulance trip to the hospital can be covered. This just gets me started on another line of thought about nursing homes where it is not covered any more. I get militant about these things with regard to the elderly. However, I think you should be able to leave downtown Toronto and move to downtown Halifax and your health care should go with you. Your coverage should go with you but it does not.

As far as those enhancements, we have a senior who may have been recommended by her specialist that she take a particular trade name medication. When she moves to another province, she will have to go through another referral to another physician to get that same prescription written so she can have access to that medication because it is on a restricted list. We need to look at that. These are discriminatory practices that need to be addressed but for some reason, it is okay to discriminate against the elderly. We have to get rid of that perception before we can do anything about the reality.

I want to comment about nursing homes. I worked in a nursing home for more than 20 years, and I during that time I did not see one case of elder abuse. I saw really good quality of care. In defence of nursing home staff, I can say that most of them are not there because they have to be; they are there because they want to work with the elderly. The nursing staff does not care if you are rich and had a home in the south end of Halifax or Richmond Hill in Toronto or Mount Royal in Quebec. It does not matter if the elderly person has money or not the staff still provides the same quality of care. I think I should make that clear since I have worked in that area. The care is consistent.

Senator Mercer: That is the one thing that we would all agree on; the quality of care delivered by the people is excellent. The question is, are there enough people to deliver the care?

Ms. Desveaux: No, there are not; there is a crisis.

Senator Mercer: So the level of care does deteriorate due to lack of staff. They can only serve so many people in an eight- or 12-hour shift and they can only give the quality that time and

provinces seulement jusqu'à un certain niveau. Cela ne touche pas seulement les personnes âgées, mais chacun d'entre nous. Comment y remédier, et quelles sont les caractéristiques qui font défaut, selon vous, en ce qui a trait à la transférabilité des soins de santé aux aînés?

Mme Desveaux : Lorsque vous vivez dans un centre de soins en Ontario, que vous êtes couvert par l'Assurance-santé de l'Ontario ou le régime d'assurance-médicaments de la province et que vous déménagez en Nouvelle-Écosse, vous devez vous soumettre à une période d'attente. Une de mes clientes a été obligée de trouver un centre pour sa mère. Il n'y avait pas de place disponible. Sa mère occupait un lit dans un établissement de soins actifs. Elle a trouvé un foyer qui offrait des soins 24 heures sur 24, sauf que c'est la famille qui devait payer. La famille a dû assumer toutes les dépenses en soins de santé au cours de cette période. Or, l'assurance-santé devrait être transférable.

Je souscris une assurance auprès d'un fournisseur de soins de santé privé. De nombreuses personnes le font — l'assurance complémentaire couvre les frais de transport en ambulance. Ces frais ne sont plus couverts par les centres de soins. Voilà une autre question qui me préoccupe, surtout en ce qui concerne les personnes âgées. Quand on quitte le centre-ville de Toronto pour emménager au centre-ville d'Halifax, on devrait pouvoir transférer son assurance-santé. Elle devrait nous suivre, mais ce n'est pas le cas.

Pour ce qui est des améliorations à apporter, il y a, parmi nos clients, une personne âgée qui s'est fait prescrire un médicament de marque par son médecin. Si elle déménage dans une autre province, elle va être obligée de consulter un autre médecin pour obtenir le même médicament, parce qu'il figure sur une liste restreinte. C'est un problème auquel il faut s'attaquer. Les personnes âgées sont victimes de pratiques discriminatoires que nous semblons, pour une raison ou une autre, trouver acceptables. Nous devons nous débarrasser de cette perception avant de faire quoi que ce soit.

Concernant les centres de soins, j'ai travaillé dans un établissement pendant plus de 20 ans et je n'ai été témoin d'aucun cas de mauvais traitement au cours de cette période. Les soins dispensés étaient excellents. Pour ce qui est du personnel, les employés, pour la plupart, ne sont pas là par obligation, mais par choix : ils veulent travailler auprès des personnes âgées. Que vous soyez riche et que vous habitiez le quartier sud d'Halifax, Richmond Hill, à Toronto, ou ville Mont-Royal, au Québec importe peu. Que vous ayez ou non de l'argent, le personnel va continuer de fournir les mêmes soins de qualité. Je tenais à le préciser, puisque j'ai travaillé dans ce domaine. La qualité des soins est constante.

Le sénateur Mercer : C'est un point sur lequel nous nous entendons tous : les soins offerts sont d'excellente qualité. Toutefois, a-t-on suffisamment de personnel pour les dispenser?

Mme Desveaux : Non, il n'y en a pas assez. Nous sommes confrontés à une crise.

Le sénateur Mercer : Donc, la qualité des soins fléchit en raison d'un manque de personnel. Seul un nombre limité de personnes peuvent être desservies au cours d'un quart de travail de 8 ou de

physical restrictions permit. I agree that it is not because they do not want to; it is because they are not given the resources to do that.

Senator Cordy: You both have been fascinating to listen to. I wanted to say forget the question period, just keep talking. There are many Nova Scotians around the table so we are all familiar with the case you spoke about that has been well documented in the media. You wonder what is right and what is not because it is a case of he said, she said — or in this instance, he said, he said — and the woman herself is sort of shunted aside.

Ms. Desveaux: In that particular case, she made her plan and it does not matter if I do not like it.

Senator Cordy: That is my question. Here is someone very intelligent, at least from what I read, who put all her plans in place. One would feel secure that if you take the time to do that, your plans will be carried out. That was not the case; her plans were not carried out, much to the chagrin of many people who have put their plans in writing, I would guess. Do we have to update the laws or is the Charter enough?

Ms. Desveaux: Only if we have the money to issue a Charter challenge and take every one of those cases to court.

Ms. Watts: Then you would have to find a lawyer expert in the area.

Senator Cordy: We have two experts here today.

Ms. Desveaux: In that particular woman's case, it should not have happened. As soon as they got word she was in England, the Royal Canadian Mounted Police should have been contacting Scotland Yard and they should have been knocking on the door. She should have been on the next plane back, escorted by a nurse from England — a geriatrician or whatever it took. She should have been brought back here, put into a specialized unit at the QE II and assessed by geriatricians. They could have called in an independent geriatrician to assess her. We even tried to have an assessment done by a geriatrician in England and he would not touch it with a 10-foot pole.

She should have been brought back here. She did everything right, but in her particular case, there was a power of attorney, not a court order. When they went to the police and said she is gone and he took her, the problem is that she went willingly. My argument from the beginning was that if you go into any nursing home and say "Do you want to come home with me?" they would follow you out the door.

Her rights were not even looked at. There was a lack of education by the people who were receiving the information in England. I think we have learned a lot from that case and I think that there will be changes to the legislation. When I do documents for my clients, I do not put the health care decision making into a regular power of attorney for property unless they insist; I put it in an advanced health care directive.

12 heures, en fonction des contraintes temporelles et physiques auxquelles le personnel est soumis. Ils veulent fournir des soins de qualité, mais ils n'ont pas les ressources nécessaires pour le faire.

Le sénateur Cordy: Je vous trouve toutes les deux fort intéressantes. Laissons de côté les questions et poursuivons la discussion. Il y a de nombreuses personnes ici qui sont originaires de la Nouvelle-Écosse et qui connaissent le cas auquel vous avez fait allusion. Les médias en ont beaucoup parlé. On se demande qui dit vrai dans cette histoire : c'est la parole de l'un contre la parole de l'autre. On a tendance à oublier un peu la principale intéressée.

Mme Desveaux : Dans ce cas particulier, la dame avait pris des dispositions et je n'avais pas à me prononcer là-dessus.

Le sénateur Cordy : Justement. Voici une personne très intelligente, du moins, d'après ce j'ai lu, qui a préparé des directives. On penserait que lorsqu'on prend le temps de le faire, nos souhaits vont être respectés. Or, cela n'a pas été le cas. Ses directives n'ont pas été suivies, au grand désarroi des nombreuses personnes qui ont mis leurs volontés sur papier. Devons-nous actualiser les lois, ou seulement la Charte?

Mme Desveaux : Uniquement si nous avons les moyens d'entreprendre une contestation en vertu de la Charte et de saisir les tribunaux de toutes ces affaires.

Mme Watts : Il faudrait alors trouver un avocat qui se spécialise dans le domaine.

Le sénateur Cordy : Il y en a déjà deux, ici, aujourd'hui.

Mme Desveaux : Les choses n'auraient pas dû se passer de cette façon. Dès qu'elle a su qu'elle était en Angleterre, la Gendarmerie royale du Canada aurait dû communiquer avec Scotland Yard, qui aurait dû aller la chercher et la renvoyer au Canada, en prenant soin de la faire accompagner d'une infirmière — ou d'un gériatre, par exemple. Elle aurait dû être ramenée ici, placée dans une unité spéciale au QE II et évaluée par des gériatres. Ils auraient pu la faire évaluer par un spécialiste en gériatrie indépendant. Nous avons essayé de la faire évaluer par un gériatre en Angleterre, mais il n'a pas voulu.

Il aurait fallu la ramener au Canada. Elle avait tout fait selon les règles, sauf qu'il y avait aussi une procuration. Aucune ordonnance du tribunal n'a été émise. Ils ont dit aux policiers qu'elle n'était plus là, qu'il l'avait emmenée, sauf qu'elle était partie de son plein gré. Ce que j'essaie de dire depuis le début, c'est que si vous demandez à une personne qui se trouve dans un centre de soins, « Veux-tu rentrer à la maison avec moi? », elle va vous suivre.

Ses droits n'ont pas été respectés. Les gens qui ont reçu l'information en Angleterre n'étaient pas au courant de tous les faits. Nous avons beaucoup appris de ce cas-ci et je pense que des modifications vont être apportées aux lois. Quand je prépare des documents pour mes clients, je n'inclus pas les souhaits visant les soins de santé dans la procuration relative aux biens, sauf si la personne insiste, mais plutôt dans une directive préalable.

In Nova Scotia, in particular, we have the Medical Consent Act, where you can name a proxy — a decision maker. You can delegate that authority to someone to give consent. However, when you look at that legislation, you are looking at giving consent to treatment.

My argument would be — as with the lawyers who volunteered to work on this file with me, as well as some physicians — when it comes to dementia, everything is about consent, so that should have been enough, but it was not. We obviously need more education in this area.

When I do an advanced health care directive, I include that medical consent clause. The person names someone as a proxy but then they do their instructional type of directive — the living will type of directive —, which guides the hand of the substitute decision maker as to your wishes.

Ms. Munroe had articulated her wishes to various individuals. Her physicians knew her; they were her friends. This should never have happened but it did. When my clients come to me, they say, “You are the lawyer who looked after the Heli Munroe case. Will that happen to me?” I cannot tell them that it will not happen to them as long as we have legislation like the Criminal Code that says if you do not like what your sister’s husband is doing with her, take her to another country. Until that is changed, realises that this legislation has to be changed, then it can happen again.

I am confident it will happen again because this case is now a he said, she said type of scenario, which has taken away the emphasis from where it should be, which is on Ms. Munroe herself.

None of the allegations has been substantiated. He made various allegations but because the authorities in this province did their role in investigating and it did not pass his smell test, he took her away. Really, we should not be able to flaunt the laws of this country but it was done in that case.

Senator Cordy: Should we change the law?

Ms. Desveaux: Absolutely.

Ms. Watts: I sit on the Federation of Law Reform Agencies of Canada and I am a staff lawyer at the British Columbia Law Institute, which is the law reform body of British Columbia. I cannot say there are any laws in any more specific need of harmonization, if not unification, than the laws that govern health care consent, advanced care planning and powers of attorney.

We have one initiative of the Western provinces but this is an unfunded project. The Law Commission of Canada and, before that, the Law Reform Commission of Canada no longer exist. There is no body in Canada that can look nationally at how to work on uniform issues, with the exception of the largely unfunded Uniform Law Conference of Canada and the largely unfunded Federation of Law Reform Agencies of Canada.

La Nouvelle-Écosse s’est dotée d’une loi sur le consentement aux traitements médicaux, le Medical Consent Act, qui autorise une personne à désigner un mandataire qui va décider à sa place. Vous pouvez déléguer le pouvoir de consentement à quelqu’un d’autre. Or, il s’agit bien d’un consentement à un traitement médical.

À mon avis — et les avocats qui ont travaillé bénévolement sur ce dossier et certains médecins pensent la même chose —, quand il est question de démence, le consentement est primordial. Or, ce n’était pas suffisant. Nous devons manifestement faire plus de sensibilisation dans ce domaine.

Quand je prépare une directive préalable, j’inclus dans celle-ci une clause de consentement aux traitements médicaux. La personne désigne un mandataire, mais prépare des directives — qui s’apparentent à un testament de vie —, qui vont servir de guide à celui-ci.

Mme Munroe avait fait part de ses volontés à plusieurs personnes. Ses médecins la connaissaient. C’étaient des amis. Ce qui s’est passé n’aurait jamais dû arriver. Quand mes clients viennent me voir, ils disent, « Vous êtes l’avocate qui s’est occupée du dossier Heli Munroe. Que va-t-il m’arriver? » Je ne peux pas leur dire qu’ils ne vivront pas la même chose tant qu’il y a des lois, comme le Code criminel, qui disent que si vous n’aimez pas comment le mari de votre sœur traite celle-ci, emmenez-la dans un autre pays. Ce genre de situation va se produire de nouveau, tant que le Code ne sera pas modifié.

Je suis certaine que cela va se produire de nouveau, car on cherche maintenant à établir qui dit vrai dans cette affaire au lieu de mettre l’accent sur la principale intéressée, soit Mme Munroe elle-même.

Aucune des allégations n’a été prouvée. Il en a fait diverses, mais parce que les autorités de la province ont mené une enquête et que celle-ci n’a pas donné les résultats escomptés, il l’a emmenée. Nous ne devrions pas avoir le droit d’enfreindre les lois d’un pays, mais c’est ce qui a été fait dans ce cas-ci.

Le sénateur Cordy : Devrions-nous modifier le Code?

Mme Desveaux : Absolument.

Mme Watts : Je fais partie de la Federation of Law Reform Agencies of Canada. Je travaille aussi comme avocate-conseil pour le British Columbia Law Institute, la Commission de réforme du droit de la Colombie-Britannique. S’il y a des lois qui doivent être harmonisées, voire uniformisées, ce sont bien celles qui régissent le consentement aux soins de santé, les directives préalables, les procurations.

Les provinces de l’Ouest ont créé un organisme, mais il n’est pas financé. La Commission du droit du Canada et la Commission de réforme du droit du Canada n’existent plus. Il n’y a pas d’entité nationale au Canada qui s’intéresse à la question de l’uniformisation des lois, sauf peut-être la Conférence pour l’harmonisation des lois au Canada et la Federation of Law Reform Agencies of Canada, deux associations qui ne bénéficient essentiellement d’aucun financement.

There is a quip that we have no more corners of our desk to work off of. As a result, the national work is being done by concerned lawyers who believe passionately that we need to move forward. In this sense, I think federal leadership is very important, whether we reconfigure how that work is done. I have met with the Minister of Justice and with some other law reform agencies, and we have suggested that we work together in a new way.

One of my recommendations to this committee is to pursue how law reform across the country is funded. I recommend that the committee do this with an eye to understanding that is it important for all societies to have a national responsive law reform commission, be it federal or a funded federation of provincial and territorial commissions. It is a disgrace that Canada does not have this type of commission. Further, it neither serves our economic nor responsive purposes to be without such a body.

You may or may not know that your power of attorney for finance or your advance care plan, which could look like an advance directive, like a health care directive or like a number of different things in a default, is entirely provincially governed. That is fine, except for the fact that it will likely not be recognized, enforced or understood when Gladys goes to visit Susan or when Susan goes to visit the nephew in Halifax.

If I am visiting in Ontario, my plans from British Columbia will not be recognized easily and indeed may not even be thought to exist. We do not have a national system for the review of laws and we do not have a coherent system to look at these most critical and personal issues, particularly for the aging population.

Ms. Desveaux: As there are so many Nova Scotians in this room, I will say that in the *Heli Munroe* case both Peter MacKay and Alexa McDonough came forward, and they understood that there is a gap in the law. They understood that the law needs to be reviewed. Mr. MacKay said that the government is going to do something about it. His actual words were, "I'm from the government and I want to help."

Please, help Heli Munroe, yes, but help all the other older Nova Scotians and older Canadians who could be removed from this country. The daughter in New York can take the mother from Toronto if she does not like what the daughter in St. Catharines is doing. It can happen.

Senator Cordy: Many seniors are isolated. I want to make it clear that not every senior is abused by his or her family, but there are situations in which seniors are very isolated and very dependent on families that may not be treating them in the way they should be treating them. How do we get the information to seniors overall, but particularly to seniors in isolated situations? It does not have to be isolation in a rural area; it can be isolation in an urban area. How do we get information to seniors about their rights?

You spoke earlier, Ms. Watts, about work you are doing in British Columbia, and Ms. Desveaux said she hoped this would be a scenario repeated across the country. What types of things are you doing and how can we do it?

Comme il y a des limites à ce que nous pouvons faire, le dossier à l'échelle nationale est piloté par des avocats concernés qui croient fermement à la nécessité d'agir. Le gouvernement fédéral doit absolument faire montre de leadership dans ce domaine. J'ai rencontré le ministre de la Justice et des représentants d'autres commissions de réforme du droit, et nous leur avons proposé de créer un nouveau partenariat.

Le comité doit examiner, entre autres, la question du financement de la réforme du droit au Canada. Toutes les sociétés devraient avoir une commission de réforme du droit responsable qui relève du gouvernement fédéral, ou encore une fédération qui regroupe les commissions provinciales et territoriales. Je trouve honteux que le Canada n'ait pas d'organisme de ce genre. Par ailleurs, le fait de ne pas avoir de commission ne sert ni nos intérêts économiques, ni nos objectifs d'intérêt public.

Vous ne le savez peut-être pas, mais les questions touchant les procurations relatives aux biens ou aux soins de la personne, les directives préalables comme les directives de soins de santé, ainsi de suite, sont entièrement régies par les provinces. Ce qui est une bonne chose, sauf que ces directives ne seront pas reconnues, respectées ou comprises quand Gladys rend visite à Susan ou quand Susan rend visite à son neveu, à Halifax.

Les dispositions que j'ai prises en Colombie-Britannique ne seront pas reconnues automatiquement ou même jugées valides en Ontario. Nous n'avons pas, au Canada, de processus d'examen des lois ou de cadre cohérent qui régit la plupart de ces questions critiques et personnelles, surtout pour les personnes âgées.

Mme Desveaux : Comme il y a ici de nombreuses personnes originaires de la Nouvelle-Écosse, je tiens à préciser que, dans le cas de l'affaire *Heli Munroe*, Peter MacKay et Alexa McDonough ont tous deux reconnu que la loi présentait des lacunes. Ils sont conscients du fait que la loi doit être revue. M. MacKay a dit que le gouvernement allait s'en occuper. Il a dit qu'il représentait le gouvernement et qu'il tenait à faire quelque chose.

S'il vous plaît, aidez Heli Munroe, mais aidez aussi toutes les autres personnes âgées de la Nouvelle-Écosse et des autres provinces du Canada qui pourraient être emmenées à l'étranger. La fille qui est installée à New York peut décider d'emmener sa mère, qui habite Toronto, si elle n'aime pas les décisions que prend la sœur qui vit à St. Catharines. Tout est possible.

Le sénateur Cordy : De nombreuses personnes âgées sont isolées. Je tiens à préciser que ce ne sont pas toutes les personnes âgées qui sont maltraitées par leur famille. Toutefois, il y a des personnes âgées qui sont très isolées, qui comptent beaucoup sur l'aide de la famille qui, elle, ne les traite peut-être pas comme elle devrait le faire. Comment faire parvenir l'information aux personnes âgées, surtout celles qui sont isolées? Elles peuvent être isolées aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. Comment s'assurer que les personnes âgées connaissent leurs droits?

Madame Watts, vous avez parlé, plus tôt, du travail que vous effectuez en Colombie-Britannique. Mme Desveaux aimerait bien que les autres provinces en fassent autant. Parlez-nous un peu de ces projets. Pouvons-nous faire la même chose?

Ms. Watts: I have a wonderful success story to tell you. The Network of Centres of Excellence, which is a federally funded body combining the organizations of CIHR, SSHRC and NSERC, has funded about \$1 million per year for four years, the National Initiative for the Care of the Elderly. I am privileged to be the theme team leader for the end-of-life and palliative care division. I also work on other policy aspects for the National Initiative for the Care of the Elderly.

This is a marvellous organization that brings together clinicians across the disciplines, which is unique in Canada. It brings together the original core group of geriatric nurses, doctors and social workers, and we have added in a few lawyers. Ms. Desveaux and I also advise in that capacity. It has expanded to occupational therapists, physiotherapists and a broad number of other groups that are interested in supporting older adults.

For the most part, the people who do this work do it voluntarily. Again, there are only so many corners of the desk that we can work from. People who want to work in these areas look at five themes including dementia, care giving and end-of-life issues, and an elder abuse theme team has been newly established.

It also partnered with the IRDCs and has received a bit of funding from the federal government in terms of its international divisions to look at ways in which we use knowledge mobilization from other countries from which Canadians have come. It began with nine core countries and has expanded to others. We look at how to mobilize information across cultures and across language difficulties.

This initiative is wonderfully supported in terms of the people who are willing to do the work. It needs continued support as its funding runs out, which I believe will be in about a year and a half. I can strongly recommend the work of the National Initiative for the Care of the Elderly. It has the ability to get into the teaching curricula, the professional curricula and professional requirements and licensing. It pulls in business and industries that manufacture goods for older adults, and it is all done on a shoestring.

In terms of knowledge mobilization, with proper supportive funding for longer than four years it could be inspirational. It is based on work done by the John A. Hartford Foundation in the United States, which has funding of tens of millions of dollars annually. In comparison with how that is funded and where that work is done, we have been remarkably efficient.

The notion is that the network is funded purely for knowledge mobilization purposes. The concept is that good data and good evidence exist. We need to get it into the right hands and then mobilize, or, as my colleague says, "What?" "So what?" and "Now what?" We have the "what" in Canada; we have good research. We need the "so what." It needs to be into the hands of

Mme Watts : Nous avons lancé une initiative qui a connu beaucoup de succès. Le Réseau de centres d'excellence, un organisme financé par le gouvernement fédéral qui regroupe les IRSC, le CRSH et le CRSNG, verse un million de dollars par année depuis quatre ans à l'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées. J'ai l'honneur d'être la chef d'équipe de la division des soins en fin de vie et des soins palliatifs. Je m'occupe également d'autres volets stratégiques de l'Initiative.

Il s'agit d'une association merveilleuse qui regroupe des praticiens de diverses disciplines, chose unique au Canada. On retrouve au cœur de ce réseau des infirmiers et des infirmières gériatriques, des médecins, des travailleurs sociaux et quelques avocats. Mme Desveaux et moi agissons comme avocates-conseils. Il comprend aussi des thérapeutes, des physiothérapeutes et plusieurs autres professionnels qui se préoccupent du soin des aînés.

Ces personnes travaillent pour la plupart à titre bénévole. Encore une fois, il y a des limites à ce que nous pouvons faire. L'Initiative s'intéresse à cinq grands domaines, dont la démence, la prestation de soins et les questions de fin de vie. Une nouvelle équipe spécialisée dans les mauvais traitements infligés aux personnes âgées vient d'être créée.

L'Initiative travaille en collaboration avec le CRDI. Elle a reçu une aide financière du gouvernement fédéral pour mener une étude sur la façon dont nous pouvons mettre à profit les connaissances acquises par les autres pays d'origine des Canadiens. Au départ, neuf pays étaient visés. D'autres se sont ajoutés à la liste. Nous essayons de trouver des moyens de mobiliser les connaissances acquises par les différentes cultures, peu importe les barrières linguistiques qui existent.

Ce projet bénéficie de l'appui de ceux qui sont prêts à faire le travail. Toutefois, il a besoin d'une aide soutenue, puisqu'il va manquer de fonds dans environ un an et demi. J'appuie vivement les efforts que déploie l'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées. Elle formule des recommandations concernant les programmes de formation, les programmes de spécialisation, les exigences et la réglementation professionnelles. Elle travaille aussi avec les entreprises et les industries qui fabriquent des équipements destinés aux personnes âgées. Toutefois, elle dispose de très peu de moyens.

Pour ce qui est de la mobilisation des connaissances, nous pourrions beaucoup apprendre à ce chapitre si nous avions accès à un financement sur une période de plus de quatre ans. Le travail dans ce domaine s'appuie sur les études que réalise la Fondation John A. Hartford, aux États-Unis, qui jouit d'un financement annuel totalisant des dizaines de millions de dollars. Compte tenu des fonds dont elle dispose et du travail qu'elle effectue, nous pouvons dire que nous sommes remarquablement efficaces.

Le réseau est financé dans le seul but de favoriser la mobilisation des connaissances. Nous disposons de données et d'éléments de preuve solides. Il suffit maintenant de les transmettre aux personnes compétentes. Pour répondre aux questions de ma collègue, des études sérieuses ont été réalisées au Canada. Il faut maintenant en confier les résultats aux

the people, and that can include community care specialists, family, friends, lawyers, any intersections of older adults, and web-based learning.

Older adults are the largest new group of Internet users in Canada. There has been a wonderful work done in other countries and the NICE network is doing some learning with regard to how people absorb knowledge and then the "Now what?" how they mobilize and uptake. That is a fundamental and wonderful success story of which the federal government has been supportive. I strongly recommend that it continue to be supported and funded.

Ms. Desveaux: I recommend grassroots approaches. Publications are mailed to seniors who receive the Guaranteed Income Supplement and other initiatives. Perhaps information on elder abuse can go out in those types of publications. The working group is currently taking many initiatives and the message about what is happening is getting out there. Elder abuse is becoming widely known in the broader community. People are reporting incidents about isolated people in communities. In rural communities we have volunteer firemen, VON nurses and even the milkman going into homes. I have heard some very positive stories about individuals intervening from those spheres.

World Elder Abuse Awareness Day will be very helpful in getting that message out. An elderly woman sitting in her rocker in rural Ontario watching the news will hear about Elder Abuse Day. She may ask the VON nurse on her next visit what this is all about. She will start to connect the pieces and realize that perhaps it relates to her. This is the same message that was going out 30 years ago when woman started to realize that abuse was not normal behaviour. We have to get the message out and the work being done now is starting to accomplish that goal.

Ms. Watts: As I said at the beginning of my remarks, aging is not just something that we physiologically do; it is also a social movement. It is very akin to the disabilities movement or the feminist movement, and we are at that crux now. The notion of that discourse is very important with the variety of ways that it can be suggested and supported.

I want to talk about what that person could physically do. There is currently a paucity of access to justice. A woman can be supported in learning that she has rights and that elder abuse is happening, whether that consists of being yelled at or being threatened, or whether her mail is being kept away from her, which is a common form of neglect or specific isolation. She could be isolated because her phone lines have been cut by the family or caregiver. There are subtle forms of elder abuse. It could be that she is being physically abused, that she is given sedatives so that she is not awake. There is a broad scope of abuse.

personnes intéressées, c'est-à-dire les travailleurs en service communautaire, la famille, les amis, les avocats, les associations de personnes âgées et les usagers du Web.

En effet, les personnes âgées constituent aujourd'hui le groupe d'usagers le plus important d'Internet. Des études fort intéressantes ont été menées sur la question dans d'autres pays. L'INSPA cherche à savoir comment les gens absorbent les connaissances, comment ils se mobilisent, se tiennent au courant. Il s'agit d'un magnifique projet qui bénéficie de l'appui du gouvernement fédéral. Il faut absolument continuer de le soutenir et de le financer.

Mme Deveau : En ce qui me concerne, je crois qu'il faudrait intervenir au niveau local. Nous envoyons des documents aux personnes âgées qui reçoivent, entre autres, le supplément de revenu garanti. Nous pourrions peut-être leur envoyer des renseignements sur la violence faite aux aînés. Le groupe de travail a pris de nombreuses mesures concrètes et renseigne les personnes âgées. La population en général est de plus en plus sensibilisée à la question de la violence faite aux aînés. Les incidents touchant des personnes isolées dans les collectivités sont maintenant signalés. Dans les régions rurales, les sapeurs-pompiers volontaires, les infirmières VON et même le laitier se rendent dans les foyers. J'ai entendu des choses très positives au sujet des interventions que ces personnes ont faites.

La Journée internationale de sensibilisation pour contrer les abus envers les personnes aînées va nous aider à diffuser le message. La femme âgée qui vit dans une collectivité rurale de l'Ontario, qui se berce dans sa chaise et regarde les nouvelles va entendre parler de cette journée. Il se peut qu'elle en parle à l'infirmière VON lors de sa prochaine visite, qu'elle se pose des questions et se rende compte que cela la vise. Ce message est le même que celui qui était diffusé il y a 30 ans, quand les femmes ont commencé à se rendre compte qu'elles étaient victimes de mauvais traitements. Nous devons faire passer le message. C'est ce que nous sommes en train de faire.

Mme Watt : Comme je l'ai dit au début de mon exposé, le vieillissement n'est pas seulement un phénomène physiologique, mais également un mouvement social. Il ressemble au mouvement en faveur des droits des personnes handicapées ou au mouvement féministe. Voilà où nous en sommes. Il s'agit d'un mouvement très important qui peut être appuyé de diverses façons.

Je voudrais vous parler de ce qu'une personne peut faire physiquement. Il existe actuellement des lacunes au niveau de l'accès à la justice. On peut aider une femme en l'informant des droits qu'elle possède et en lui expliquant quels sont les mauvais traitements qui sont infligés aux personnes âgées : mentionnons le fait de crier après l'aîné, les menaces, le fait de priver une personne de son courrier, et il s'agit là d'une forme courante de négligence, le fait de l'isoler en coupant sa ligne téléphonique, un geste qui peut être posé soit par un membre de la famille, soit par un aidant. Il existe aussi des formes plus subtiles de mauvais traitements. Mentionnons le recours à la force physique, la prise de sédatifs. Il existe diverses formes d'abus.

If knowledge mobilization comes, what then? The reality of the circumstance is that if it were not for kind lawyers doing pro bono work there would be nowhere for the older woman in rural Ontario to go. It is highly unlikely that she can access funds to retain private counsel in those situations. She is probably cut off from her bank accounts. She probably does not know where to go. There may be a number that she can call in her area where she can get centralized services that might help her. That is wonderful, but in the end who will help her get those things back? She needs a lawyer. Where are the funds coming from? Our legal aid system does not currently support that, so we come back to: How does she get justice?

We need to be thinking about a federal scheme to support older adults and working collaboratively with organizations such as the Canadian Bar Associations. We must support legal aid clinics with specialized knowledge that support seniors, because in the end, if elders cannot access justice, they are still stuck.

The Chair: I want to thank both of you very much for your appearance this afternoon and for your knowledge and expertise. You can be assured that some of your many recommendations will make their way into a final report.

The committee adjourned.

OTTAWA, Monday, February 4, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:33 p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Good afternoon. Welcome to our Special Senate Committee on Aging. Before we begin, I wish to do a small piece of business. With your approval, I will move a motion this week in the Senate to ask for an extension for our committee to report from March 31 to September 30, 2008.

Some Hon. Senators: Approved.

The Chair: Today's meeting will focus on aging and services for inmates. To help us understand the issues surrounding this topic, we have before us on behalf of Correctional Service of Canada, Ross Toller, Assistant Commissioner, Correctional Operations and Programs and Leslie MacLean, Assistant Commissioner, Health Services. Appearing from the Office of the Correctional Investigator is Ed McIsaac and Howard Sapers. We also have Kim Pate from the Canadian Association of Elizabeth Fry Societies.

Une fois que la personne est sensibilisée, qu'arrive-t-il? Le fait est que s'il n'y avait pas d'avocats qui acceptaient d'offrir bénévolement leurs services, la femme âgée qui habite une collectivité rurale en Ontario n'aurait personne à qui s'adresser. Elle n'a sans doute pas d'argent pour retenir les services d'un avocat privé. Elle n'a peut-être pas accès à ses comptes bancaires. Elle ne sait probablement pas où aller. Il y a peut-être un numéro qu'elle peut composer dans sa région pour avoir accès à des services centralisés. C'est une bonne chose, mais en bout de ligne, qui va l'aider? Elle a besoin d'un avocat. D'où viennent les fonds? Notre programme d'aide juridique n'offre pas à l'heure actuelle de genre de soutien. Ce qui nous ramène à notre première question : comment peut-elle obtenir justice?

Nous devons mettre sur pied un programme fédéral à l'intention des personnes âgées, en collaboration avec des organismes comme l'Association du Barreau canadien. Nous devons appuyer les services d'aide juridique qui se spécialisent dans l'aide offerte aux personnes âgées, parce que, en bout de ligne, si les personnes âgées ne peuvent pas avoir accès à la justice, elles vont continuer de se trouver dans une impasse.

La présidente : Je tiens à vous remercier toutes les deux d'être venues nous rencontrer et d'avoir partagé avec nous vos connaissances sur le sujet. Vous avez formulé de nombreuses recommandations, et il y en a certaines qui vont figurer dans le rapport final.

La séance est levée.

OTTAWA, le lundi 4 février 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 33, pour examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Bonjour et bienvenue à la séance du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Avant de commencer, j'aimerais régler un petit point. Avec votre approbation, je vais présenter une motion cette semaine au Sénat pour demander une prolongation afin que notre comité fasse rapport le 30 septembre 2008 plutôt que le 31 mars.

Des voix : Approuvé.

La présidente : Aujourd'hui, nous allons nous concentrer sur le vieillissement et les services aux détenus. Pour nous aider à comprendre les questions relatives à ce sujet, nous accueillons, du Service correctionnel du Canada, Ross Toller, commissaire adjoint aux Opérations et programmes correctionnels, et Leslie MacLean, commissaire adjointe aux Services de santé. Du Bureau de l'Enquêteur correctionnel, nous avons parmi nous Ed McIsaac et Howard Sapers. Nous accueillons également Kim Pate de l'Association canadienne des Sociétés Elizabeth Fry.

Ross Toller, Assistant Commissioner, Correctional Operations and Programs, Correctional Service of Canada: Thank you for the opportunity to present to this Senate committee. I am Assistant Commissioner, Correctional Operations and Programs for the Correctional Service of Canada. With me is Leslie MacLean, Assistant Commissioner, Health Services. Our presentation today will touch on issues related to how the Correctional Service of Canada manages its elderly offenders. We welcome any questions and comments following our remarks.

CSC, as mandated by the Corrections and Conditional Release Act is responsible for the care and custody of offenders serving sentences of two years or more. This includes providing programming that contributes to their rehabilitation and successful reintegration into the community; preparation for the release into the community; their supervision while on parole; statutory release and long-term supervision orders, with the protection of society as our paramount consideration.

Our policies, program and practices respect gender, ethnic, cultural and linguistic differences and are responsive to the special needs of women and Aboriginal peoples as well as to the needs of other groups of offenders with special requirements including the aging offender population. In order to meet these needs, CSC develops and implements individual correctional plans and interventions that are continually assessed throughout the offender's sentence.

CSC operates 24/7, 365 days a year, and supervises an offender population of 21,617 inmates: 13,170 offenders are in institutions and 8,447 are in the community. We operate 58 institutions, 16 community correctional centres and 71 parole offices across Canada. We have a staff complement of approximately 14,500 employees and a budget of just under \$2 billion.

There is and continues to be debate among researchers. I am sure you have heard different perspectives from biologists and epidemiologists about when a person should be considered older or aging. However, the term "older offender" is used to include those aged 50 to 64 and "elderly" offenders are aged 65 and over. These terms describe the physical, social and biological changes that people go through with the passage of time that renders them less viable for activities requiring a great deal of physical strength. For our purposes, CSC defines offenders aged 50 years and over as the "aging offender" population due to factors related to the determinants of health, including for example, smoking, poor nutrition, lack of health care and lower socio-economic status.

Ross Toller, commissaire adjoint, Opérations et programmes correctionnels, Service correctionnel du Canada : Je vous remercie de nous donner l'occasion de prendre la parole devant vous aujourd'hui. Je suis commissaire adjoint aux Opérations et programmes correctionnels pour le Service correctionnel du Canada. Je suis accompagné de Leslie MacLean, commissaire adjointe aux Services de santé. Nous sommes ici aujourd'hui pour vous parler de la façon dont le Service correctionnel du Canada gère les délinquants âgés. C'est avec plaisir que nous répondrons à vos questions et que nous écouterons vos observations après notre exposé.

Aux termes de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, le SCC est responsable de la prise en charge et de la garde des délinquants qui purgent des peines de deux ans ou plus. Pour ce faire, il doit leur offrir des programmes qui contribuent à leur réadaptation et à leur réinsertion sociale, les préparer à leur mise en liberté dans la collectivité et les surveiller pendant qu'ils sont en liberté sous condition, en liberté d'office ou assujettis à une ordonnance de surveillance de longue durée, la protection de la société étant le critère prépondérant dans le processus correctionnel.

Nos politiques, pratiques et programmes correctionnels respectent les différences ethniques, culturelles et linguistiques ainsi que les différences entre les sexes; ils tiennent compte des besoins spéciaux des délinquantes et des délinquants autochtones et de ceux d'autres groupes de délinquants, y compris les délinquants âgés. Pour répondre à ces besoins, le SCC élabore et met en œuvre des interventions et des plans correctionnels individuels, qui sont évalués en permanence tout au long de la peine du délinquant.

Le SCC est en opération 24 heures par jour, 7 jours par semaine, 365 jours par année. Le service supervise une population de 21 617 délinquants, soit environ 13 170 délinquants en établissement et 8 447 délinquants dans la collectivité. Le service correctionnel fédéral gère 58 établissements, 16 centres correctionnels communautaires et 71 bureaux de libération conditionnelle à la grandeur du Canada et il emploie environ 14 500 personnes, avec un budget d'un peu moins de 2 milliards de dollars.

Il y a, et il continue d'y avoir, un débat entre les chercheurs. Je suis sûr que vous avez entendu parler des différents points de vue des biologistes et des épidémiologistes sur l'âge auquel une personne doit être considérée comme âgée ou vieillissante. Toutefois, l'expression « délinquant âgé » s'applique aux délinquants âgés de 50 à 64 ans et celle de « délinquant plus âgé » aux délinquants âgés de 65 ans et plus. Ces expressions décrivent les différents changements physiques, sociaux et biologiques que subit une personne avec le passage du temps et qui la rend moins apte à faire des activités qui nécessitent beaucoup de force physique. Pour ses besoins, le SCC considère les délinquants de 50 ans et plus comme des « délinquants âgés » en raison de facteurs liés aux déterminants de la santé, comme le tabagisme, la mauvaise alimentation, le manque de soins de santé et un faible statut socioéconomique.

For correctional purposes, there are three distinct differentiations of older offenders: there are those incarcerated while young who grow old in prison; there are those multiple- or serial- incarceration offenders who have made a criminal career part of their lifestyle; and there are older offenders that are serving their first incarceration later in life.

Three factors contribute to the aging offender profile. The average age of new admissions has been increasing. From 2006-07, 10 per cent of new warrant of committal admissions are aging offenders, up from an average of 8 per cent over the last seven years. The accumulation effect of older offenders who have been serving longer sentences — as in life — where the average age of offenders serving life sentences was 44 years of age in April 1998 compared to 48 years of age in April 2007. The average age of readmissions has also been increasing. The average age of revocation was 32 years-old in April 1998 compared to 34 years in April 2007.

As mentioned, over the last 10 years, the average age of the federal offender population has been increasing. For men, it has risen from 37.2 years of age in 1997 to 39.4 years of age in 2006-07. For women, it has risen from 36.9 years of age in 1997-98 to 37.6 years in 2006-07.

On average, the non-Aboriginal offender is older than the Aboriginal offender population. The average age of Aboriginal offenders rose from 33.7 years of age in 1997-98 to 35.7 years in 2006-07. For non-Aboriginal offenders, it rose from 37.8 years of age in 1997-98 to 40.1 years in 2006-07.

Federal offenders aged 50 years and over comprise 20 per cent of the federal population with a total of 4,339 offenders. That is 2,068 or 16 per cent of our prison population and 2,271 or 27 per cent of the community supervision population.

Over the last 10 years, the number of federal inmates 50 years and older has increased by a total of 539 offenders. In the same period, the number of federal offenders 50 years and older under community supervision has increased by 729 offenders.

In general, we are dealing with a different type of older inmate compared with 10 years ago. Close to 80 per cent have a previous criminal history, either adult or youth. There are some increases in mental health problems. Fourteen per cent have current psychiatric diagnosis on admission. Half have reached the age of 50 while serving their current federal sentence. Half were admitted at the age of 50 or above. Forty-six per cent of this group are serving a life sentence and 13 per cent are serving 10 years or more.

Pour les besoins correctionnels, il existe trois catégories distinctes de délinquants âgés : les délinquants qui ont été incarcérés lorsqu'ils étaient jeunes et qui vieillissent en prison; les délinquants qui sont incarcérés à de multiples reprises et qui ont fait de leur carrière criminelle un mode de vie; les délinquants qui sont déjà âgés au moment où ils sont incarcérés pour la première fois.

Trois facteurs expliquent l'augmentation du nombre de délinquants âgés. L'âge moyen des délinquants nouvellement admis a augmenté. De 2006 à 2007, 10 p. 100 des nouvelles admissions découlant d'un mandat de dépôt étaient des délinquants âgés, ce qui est une hausse par rapport à une moyenne de 8 p. 100 au cours des sept dernières années. Il y a aussi l'effet cumulatif des délinquants âgés qui purgent des peines de longue durée — à perpétuité; ainsi, l'âge moyen des délinquants purgeant une peine d'emprisonnement à perpétuité était de 44 ans en avril 1998, comparativement à 48 ans, en avril 2007. L'âge moyen des délinquants qui sont réincarcérés a aussi augmenté. En avril 1998, l'âge moyen des délinquants dont la mise en liberté avait été révoquée était de 32 ans, comparativement à 34 ans en avril 2007.

Comme je l'ai dit, au cours des dix dernières années, l'âge moyen des délinquants sous responsabilité fédérale a augmenté. Pour les hommes, il est passé de 37,2 ans en 1997 à 39,4 ans en 2006-2007. Pour les femmes, il est passé de 36,9 ans en 1997-1998 à 37,6 ans en 2006-2007.

En moyenne, les délinquants non autochtones sont plus âgés que les délinquants autochtones. L'âge moyen des délinquants autochtones est passé de 33,7 ans en 1997-1998 à 35,7 ans en 2006-2007 et celui des délinquants non autochtones, de 37,8 ans en 1997-1998 à 40,1 ans en 2006-2007.

Les délinquants sous responsabilité fédérale âgés de 50 ans et plus représentent 20 p. 100 de la population fédérale, ce qui correspond à 4 339 délinquants, c'est-à-dire 2 068 délinquants en établissement ou 16 p. 100 de la population carcérale et 2 271 délinquants dans la collectivité ou 27 p. 100 de la population sous surveillance dans la collectivité.

Ces dix dernières années, le nombre de détenus sous responsabilité fédérale de 50 ans et plus a augmenté de 539. Durant la même période, le nombre de délinquants sous responsabilité fédérale de 50 ans et plus sous surveillance dans la collectivité a augmenté de 729.

En général, les détenus âgés d'aujourd'hui sont différents des détenus âgés d'il y a dix ans. Près de 80 p. 100 d'entre eux ont des antécédents criminels, à titre d'adultes ou de jeunes contrevenants. Ils sont plus nombreux à avoir des problèmes de santé mentale. Au moment de leur admission, 14 p. 100 ont déjà des troubles psychiatriques diagnostiqués. La moitié d'entre eux ont atteint l'âge de 50 ans pendant qu'ils purgeaient leur peine actuelle et la moitié d'entre eux ont été admis alors qu'ils étaient déjà âgés de 50 ans et plus. De plus, 46 p. 100 d'entre eux purgent une peine d'emprisonnement à perpétuité et 13 p. 100, une peine de dix ans et plus.

Their offence categories range from 43 per cent homicide to 32 per cent sex offences, robbery and drug offences. Some of these may have overlap.

When we look at older types of populations, our considerations must and do range from adjustment to imprisonment, programming, prison environment, infrastructure, peer relationships, family relationships, parole concerns and medical care services including mental health.

When an inmate is admitted to the federal system, the individual undergoes a case management process consisting of four phases. In the intake assessment phase, the offender undergoes a systematic and comprehensive process to determine security risk and needs, as well as an initial placement to an institution at the appropriate security level. Upon reaching the penitentiary, the individual undergoes an evaluation to determine the factors that may have led to the criminal behaviour for which he or she has been sentenced. The offender intake assessment process, including those who are aging, results in a multidisciplinary correctional plan for treatment and intervention throughout the sentence.

Age is considered for the following to assure security within the institution: the penitentiary placement; program and employment requirements as outlined in each inmate's correctional plan; inmate counts and security patrols, though exemptions are made for inmates who have medical conditions or an identified physical limitation which excludes them from a stand-to-count requirement; and personal property of inmates. Exemptions can also be made by the institutional head for offenders on a case-by-case basis.

In addition to the intervention phase, we utilize step stools to facilitate entry to and exit from escort vehicles. Correctional Service Canada institutions have cells engineered to accommodate wheelchair entry, as well as plumbing fixtures that accommodate inmates with physical disabilities. Institutions also have cells designed to accommodate oxygen bottles and respirator equipment. Living units, programs, employment and other areas are wheelchair-accessible, utilizing ramps and, where required, lifts. Government budget allocated \$1 million so that by the end of this fiscal year all federal institutions will be equipped with defibrillators.

A broad range of correctional programs varying in intensities are available to match offenders' needs. CSC offers reintegration programs for every offender, including those who are aging, mainly in the areas of education employment, job readiness, living skills, mental health, substance abuse prevention, sexual

Pour ce qui est des catégories d'infractions, 43 p. 100 ont commis des homicides et 32 p. 100, des infractions sexuelles, des vols qualifiés et des infractions en matière de drogue. Certains délinquants peuvent se trouver dans plus d'une catégorie.

Dans le cas des délinquants âgés, nous devons tenir compte des éléments suivants : l'adaptation au milieu carcéral, les programmes, l'infrastructure du milieu carcéral, les relations avec les pairs, les relations familiales, les préoccupations concernant la mise en liberté sous condition et les services médicaux, y compris les soins de santé mentale.

Quand un délinquant est admis dans un établissement correctionnel fédéral, il fait l'objet d'un processus de gestion des cas qui comporte quatre étapes. À l'étape d'évaluation initiale, un délinquant fait l'objet d'un processus systématique et complet pour déterminer le niveau de risque et les besoins en sécurité et pour assurer son placement initial dans un établissement au niveau de sécurité approprié. Une fois arrivé dans l'établissement, le délinquant subit une évaluation visant à déterminer les facteurs qui auraient pu l'inciter à commettre l'acte criminel pour lequel il a été condamné. Le processus d'évaluation initiale auquel sont soumis tous les délinquants, y compris les délinquants âgés, permet d'élaborer un plan correctionnel multidisciplinaire de traitement et d'intervention, qui sera mis en œuvre tout au long de leur peine.

On tient compte de l'âge dans le contexte de la sécurité de l'établissement pour les éléments suivants : le placement pénitentiaire; les besoins en matière de programmes et d'emploi, qui sont décrits dans le plan correctionnel du détenu; le dénombrement des détenus et les patrouilles de sécurité, même s'il existe des exemptions pour les détenus qui, pour des raisons médicales ou à cause de limitations physiques, ne peuvent pas se mettre debout pour le dénombrement; et les effets personnels des détenus. Le responsable de l'établissement peut aussi faire des exceptions, au cas par cas.

En plus de l'étape d'intervention, nous utilisons des marchepieds pour aider les détenus à monter dans les véhicules d'escorte et à en descendre. Les établissements du Service correctionnel du Canada sont dotés de cellules conçues pour permettre l'accès aux fauteuils roulants et d'appareils sanitaires destinés aux détenus ayant des déficiences physiques. Les établissements sont aussi dotés de cellules permettant l'utilisation en toute sécurité de bouteilles d'oxygène et de respirateurs. Les unités résidentielles, les aires de programmes et de travail ainsi que d'autres zones des établissements sont accessibles en fauteuil roulant grâce à des rampes d'accès et à des appareils de levage, au besoin. Le gouvernement a débloqué 1 million de dollars pour permettre à tous les établissements fédéraux de se doter de défibrillateurs d'ici la fin du présent exercice.

Une vaste gamme de programmes correctionnels, d'intensité variée, sont offerts pour répondre aux besoins des délinquants. Le SCC offre des programmes de réinsertion sociale à tous les délinquants, y compris les délinquants âgés, dans les domaines de l'éducation et de l'emploi, de la préparation à l'emploi, des

offending prevention, violence prevention and family violence prevention. These have been demonstrated as effective in reducing reoffending. Individual counselling is also offered.

The offender's progress in meeting the requirements of the correctional plan is monitored continually and is of primary consideration in any decision related to the offender. The variety of contemporary health issues requiring appropriate pastoral services includes inmates requiring geriatric and palliative care and persons with chronic illnesses such as hepatitis C, AIDS or cross-addiction to drugs.

The case preparation and release phase includes programming to meet specific needs of aging offenders and providing opportunities to demonstrate progress through transfers to reduced security or conditional release, including temporary absences, work release, parole or statutory release. In any correctional or conditional release decision, the protection of society and safety of the community are the paramount considerations. Release suitability and risk of reoffending are assessed and a strategy to facilitate the offender's transition to the community is developed.

The community supervision phase is the final step. Supervision is carried out by CSC parole officers or contracted agency staff. It is a dynamic process that involves measures of both support and control, working directly with the offender as well as with many resources in the community. All offenders on conditional release are supervised no matter where they reside. The degree of supervision depends on the offender's needs and risks. Parole officers rely on an array of information sources including police, families, professionals and program staff to verify the individual's progress and to develop the appropriate plan of supervision. Parole officers are able to help the offender solve problems and take necessary action when risk is increased. Referrals are made to community services for aging offenders, if necessary.

Programming is required to address criminogenic factors. Therefore, CSC supports all efforts at reducing the disabling effects of aging in order to maximize each inmate's ability to effectively participate in correctional programs. If the aging offender is unable to participate in a program assignment for reasons beyond his or her control, the offender is eligible to a daily allowance of \$2.50. Furthermore, under exceptional

compétences psychosociales, de la santé mentale, de la prévention de la toxicomanie, de la prévention des infractions sexuelles, de la prévention de la violence et de la prévention de la violence familiale. Il est prouvé que ces programmes permettent de réduire la récidive. Des séances de counseling individuelles sont aussi offertes.

Les progrès accomplis par le délinquant par rapport aux exigences de son plan correctionnel font l'objet d'une surveillance constante et ils constituent un facteur primordial dans toutes les décisions prises à son sujet. Parmi les problèmes de santé contemporains qui nécessitent des services de pastorale appropriés, on compte les détenus qui ont besoin de soins gériatriques et palliatifs ainsi que ceux qui sont atteints de maladies chroniques, comme l'hépatite C et le sida, ou qui ont des dépendances multiples aux drogues.

L'étape de préparation de cas et de mise en liberté comprend des programmes permettant de répondre aux besoins particuliers des délinquants âgés et des occasions de prouver qu'ils ont fait des progrès leur permettant d'être transférés dans un établissement de niveau de sécurité inférieur ou de bénéficier d'une mise en liberté sous condition, y compris les permissions de sortir, les placements à l'extérieur, la libération conditionnelle ou la libération d'office. La protection de la société et la sécurité de la collectivité sont les critères prépondérants dans toute décision touchant le processus correctionnel ou la mise en liberté sous condition. On évalue la pertinence de la mise en liberté et le risque de récidive et on élabore une stratégie visant à faciliter la transition du délinquant dans la collectivité.

La dernière étape est celle de la surveillance dans la collectivité. La surveillance est assurée par des agents de libération conditionnelle du SCC ou les membres du personnel d'un organisme avec lequel le SCC a conclu un contrat. Il s'agit d'un processus dynamique qui comporte des mesures de soutien et de contrôle, une collaboration directe avec le délinquant et le recours à de nombreuses ressources dans la collectivité. Tous les délinquants libérés sous condition sont placés sous surveillance, quel que soit l'endroit où ils habitent. Le degré de surveillance dépend des besoins du délinquant et du risque qu'il présente pour la collectivité. Les agents de libération conditionnelle comptent sur diverses sources d'information, y compris la police, la famille, les professionnels et les agents de programmes, pour vérifier les progrès accomplis par le délinquant et élaborer un plan de surveillance approprié. Ils sont en mesure d'aider le délinquant à résoudre ses problèmes et à prendre les mesures nécessaires si le risque qu'il présente augmente. Les délinquants âgés sont orientés vers des services communautaires en cas de besoin.

Les délinquants doivent suivre des programmes pour traiter leurs facteurs criminogènes. Le SCC s'efforce par conséquent de réduire les effets invalidants du vieillissement afin de maximiser la capacité de tous les délinquants à participer utilement à des programmes correctionnels. Si un délinquant âgé est incapable, pour des raisons indépendantes de sa volonté, de participer à un programme vers lequel il a été dirigé, il a droit à une indemnité

circumstances, institutional heads may authorize pay for inmates at levels for which they would not otherwise be eligible.

Section 121 of the Corrections and Conditional Release Act allows parole by exception to be granted at any time to an offender who is terminally ill, whose physical and mental health is likely to suffer serious damage if the offender continues to be held in confinement, for whom continued confinement would constitute an excessive hardship that was not reasonably foreseeable at the time the offender was sentenced, or who was the subject of an order of surrender under the Extradition Act and who is to be detained until surrendered.

This parole by exception does not apply to an offender who is serving a life sentence imposed as a minimum punishment, commuted from a sentence of death or serving a penitentiary sentence for an indeterminate period. For this particular group of offenders, CSC considers alternative practices such as increased visits, telephone calls, et cetera.

[Translation]

Leslie MacLean, Assistant Commissioner, Health Services, Correctional Service of Canada: Madam Chair, I am going to speak about our needs and our health care challenges for aging offenders.

[English]

We have a legal obligation at the CSC to provide inmates with essential health care. We have the same challenges as other Canadian communities in terms of sustainability, outcomes and health/human resource professionals.

[Translation]

But I am also going to tell you a little about what is unique in our context. Inmate health care costs are much higher than for the average Canadian due to high-risk lifestyles, substance abuse, high rates of infectious diseases and mental health disorders. In our unique context, the lack of economies of scale is also a challenge.

At the moment, there are three types of health care settings in CSC. Each institution has a small ambulatory health care centre. There are also regional hospitals and five regional psychiatric treatment centres. Unlike Canadian communities, nursing staff are the main deliverers of primary health care in all facilities. CSC employs approximately 750 nurses, as well as other health professionals. For this fiscal year, its health services budget is approximately \$155 million.

quotidienne de 2,50 \$ par jour. Par ailleurs, dans des circonstances exceptionnelles, le responsable de l'établissement peut autoriser la rémunération d'un détenu à un niveau auquel il ne serait autrement pas admissible.

L'article 121 de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition permet d'accorder, en tout temps, une libération conditionnelle à titre exceptionnel à un délinquant s'il est malade en phase terminale, si sa santé physique ou mentale risque d'être gravement compromise si la détention se poursuit, si l'incarcération constitue pour lui une contrainte excessive difficilement prévisible au moment de sa condamnation ou s'il fait l'objet d'un arrêté d'extradition pris aux termes de la Loi sur l'extradition et est incarcéré jusqu'à son extradition.

La libération conditionnelle accordée à titre exceptionnel ne s'applique pas aux délinquants qui purgent une peine d'emprisonnement à perpétuité infligée comme peine minimale ou une peine de mort commuée en emprisonnement à perpétuité ou encore une peine de détention dans un pénitencier pour une période indéterminée. Pour ce groupe de délinquants en particulier, le SCC considère d'autres pratiques internes telles que des visites supplémentaires, plus d'appels téléphoniques, et cetera.

[Français]

Leslie MacLean, commissaire adjointe, Services de santé, Service correctionnel du Canada : Madame la présidente, je vous parlerai de nos besoins et de nos défis de santé pour les détenus vieillissants.

[Traduction]

Nous sommes tenus par la loi de fournir aux détenus les soins de santé essentiels dont ils ont besoin. Nous faisons face aux mêmes difficultés que de nombreuses collectivités canadiennes pour ce qui est du maintien de la qualité, des résultats et des professionnels de la santé et des ressources humaines.

[Français]

Mais aussi, je vous parlerai un peu de ce qui est unique à notre contexte. Les coûts de soins de santé aux détenus sont beaucoup plus élevés que ceux des soins dont a besoin le Canadien moyen, car les délinquants ont un mode de vie à risques élevés, des problèmes de toxicomanie, des taux élevés de maladies infectieuses et des problèmes de santé mentale. Évidemment, à l'intérieur du contexte unique qui est le nôtre, nous avons également des défis d'économies d'échelle.

En ce moment, il existe trois types de centres de santé au service correctionnel. À l'intérieur de chaque établissement, on a de petits centres de soins ambulatoires; on a aussi des hôpitaux régionaux et également cinq centres de traitement psychiatrique au niveau régional. Contrairement à ce qui se passe dans les collectivités canadiennes, ce sont les infirmiers qui fournissent les services de santé en première ligne dans nos établissements. Le service emploie environ 750 infirmiers et infirmières, ainsi que d'autres professionnels de la santé. Pour cette année financière, notre budget pour les services de santé est de l'ordre de 155 millions.

[English]

I will talk further about unique inmate health needs. Many of you might know that federal offenders have a higher prevalence of HIV/AIDS, hepatitis C and fetal alcohol spectrum disorder. The proportion of offenders who have abused alcohol or drugs prior to their admission is also increasing and we have an increasing proportion with serious mental health disorders. Smoking rates are more than twice that of the Canadian population, and suicide rates, I regret to say, are also three times higher than that of the general Canadian population.

There are a number of chronic diseases that present disproportionately in the inmate population. For example, diabetes, cardiovascular disease and asthma exceed the rates of the Canadian population. Medication rates are also higher.

We notice more of our inmates are using mechanical aids to help them with mobility or daily activities of living. This is also interesting: All of the offenders in our institutions have higher than average utilization rates of health services. As a result, perhaps we do not see the dramatic escalation that is sometimes seen with aging; our offenders are already accessing health services at a high rate.

As Mr. Toller mentioned, when we look at the demographics of Canada, 16 per cent of the population within the correctional services is now over 50 years of age. There are, due to determinants of health, lifestyle or other risk factors, many common health needs regardless of the age of the inmate. We are seeing that both treatment and intensity of care increases with age.

A real challenge for us is to deliver adequate health care within the resources we have with appropriate health professionals. A couple of initiatives that may be of interest to you in regard to aging offenders, or just offenders in general, are mental health related. This is one of our top priorities. In 2007, one in eight male offenders — a 61 per cent increase in 10 years — and one in four female offenders coming into our system was diagnosed as having a mental disorder. As part of our strategy, we are working to lay a foundation for a continuum of mental health services from intake to parole. Our purpose is to respond to the most pressing needs for assessment for primary services, and to train both our security and health staff in issues of mental health needs.

[Traduction]

Je vais vous parler davantage des besoins uniques des délinquants en matière de santé. Bon nombre d'entre vous savent que les délinquants sous responsabilité fédérale affichent une prévalence élevée de VIH/sida, d'hépatite C et de troubles causés par l'alcoolisation fœtale. La proportion de délinquants qui ont consommé de l'alcool ou de la drogue de façon abusive avant leur admission est en hausse et une proportion croissante de délinquants ont de graves problèmes de santé mentale. Le taux de tabagisme est plus de deux fois plus élevé chez les délinquants que chez les membres de la population canadienne générale et le taux de suicide, je regrette de le dire, est également de trois fois plus élevé.

Il y a un certain nombre de maladies chroniques dont l'occurrence est disproportionnellement élevée chez les délinquants. Par exemple, les cas de diabète, d'affections cardiovasculaires et d'asthme dépassent les taux enregistrés dans la population canadienne générale. La consommation de médicaments est également plus importante.

Nous remarquons qu'un plus grand nombre de nos détenus utilisent des aides mécaniques pour se déplacer ou vaquer à des activités quotidiennes. Autre point intéressant, tous les délinquants dans nos établissements affichent des taux d'utilisation de services de santé supérieurs à la moyenne. Par conséquent, nous n'observons peut-être pas l'augmentation marquée qui est parfois associée au vieillissement; les délinquants affichent déjà un taux élevé d'accès aux soins de santé.

Comme M. Toller l'a signalé, lorsque nous regardons les caractéristiques démographiques du Canada, nous constatons que 16 p. 100 des détenus sont maintenant âgés de plus de 50 ans. En raison des déterminants de la santé, du mode de vie ou d'autres facteurs de risque, un grand nombre de besoins en matière de santé sont pratiquement les mêmes, peu importe l'âge du détenu. Nous observons que le traitement et l'intensité des soins augmentent avec l'âge.

Un véritable défi pour nous, c'est de fournir des services de santé adéquats en fonction des ressources dont nous disposons, avec l'aide de professionnels de la santé appropriés. Parmi les quelques initiatives qui pourraient vous intéresser en ce qui concerne les délinquants âgés, ou les délinquants en général, on compte celles liées à la santé mentale. C'est l'une de nos priorités. En 2007, un délinquant sur huit — soit une hausse de 61 p. 100 en dix ans — et une délinquante sur quatre incarcérés dans notre système ont été diagnostiqués comme ayant un trouble mental. Dans le cadre de notre stratégie, nous travaillons à poser les bases requises pour fournir aux délinquants un continuum de soins en santé mentale, depuis leur admission jusqu'à leur mise en liberté sous condition. Notre but est de répondre aux besoins les plus urgents en matière de services d'évaluation et de traitement et d'offrir une formation en santé mentale au personnel de sécurité et de santé.

The proportion of offenders who have abused alcohol and/or drugs is increasing. Our current approach includes keeping drugs out of the institutions and ensuring we support inmates in the institutions through assessment, education, harm reduction and treatment.

We have a number of public health initiatives: access to bleach; clean ranges; harm reduction awareness training, including peer education; and a methadone maintenance program for people who come into the system with serious addictions. We are currently working on a harm reduction strategy based on advice we have received from our independent health care advisory committee, as well as the work that the federal HIV/AIDS strategy supports.

In meeting the health needs of aging inmates, the key for us is the individual health assessment when the inmate enters our system. We have a special assessment tool for those aged 50 and older, or for people who have difficulty with daily living activities. We have palliative care guidelines that we have had in place for several years, which include a multidisciplinary approach. We provide training and support to inmates, as appropriate, so they can work as peer assistants to help other inmates.

We have ongoing issues of mobility. Many of our institutions are quite elderly themselves. We are constantly working, as we retrofit and build new institutions, to comply with accommodation standards. We have a couple of projects under way to look at loss of autonomy and what that means for us in terms of accommodation, health and other health needs. As for new training, next fiscal year we will be providing additional training to our nurses in a number of areas, including geriatrics.

Finally, in terms of the considerations on our plate in managing aging offenders, clearly, as Canada adjusts to the demographics of our current population, our prison population is also adapting. We have to use our resources well to respond to those pressures.

We recognize that we need to be working in an interjurisdictional way. Identifying and managing aging offenders is not something that is unique to CSC. People come from the community and they go back to it. We recognize that many of the levers of change are in areas that affect determinants of health or risk behaviour, such as education, welfare, provincial/territorial health services and, of course, in the communities themselves in terms of support to individuals.

In moving forward, we will continue working with our federal and provincial partners, looking as well at how we can link health and criminal justice information. We will continue to build on

La proportion de délinquants qui ont consommé de l'alcool ou de la drogue de façon abusive est en hausse. Notre approche actuelle comprend des mesures pour empêcher l'introduction de drogues dans les établissements et pour nous assurer que nous appuyons les détenus par l'évaluation, l'éducation, la réduction des méfaits et le traitement.

Nous avons mis en œuvre plusieurs initiatives de santé publique : l'accès à l'eau de Javel; des unités sans drogue; une formation sur la réduction des méfaits, y compris une éducation par des pairs; et un programme de traitement d'entretien à la méthadone pour les délinquants qui sont entrés dans le système avec de sérieux problèmes de toxicomanie. Nous sommes en train d'élaborer une stratégie de réduction des méfaits fondée sur les conseils de notre comité consultatif des soins de santé ainsi que les travaux dans le cadre de la Stratégie fédérale de lutte contre le VIH/sida.

Pour répondre aux besoins des détenus âgés, la clé se trouve dans l'évaluation de la santé d'un délinquant lorsqu'il entre dans notre système. Nous avons mis en place un outil d'évaluation spécial pour les détenus de 50 ans et plus et pour ceux qui ont du mal à vaquer à des activités quotidiennes. Nous disposons aussi, depuis plusieurs années, de lignes directrices sur les soins palliatifs, qui comprennent une approche multidisciplinaire. Au besoin, les détenus reçoivent une formation et un soutien pour qu'ils puissent aider d'autres détenus.

Nous avons des problèmes continus en matière de mobilité. Bon nombre de nos établissements sont, eux-mêmes, assez vieux. Lors de la construction de nouveaux bâtiments ou de la rénovation de bâtiments existants, nous travaillons constamment à nous conformer aux normes de logement. Quelques projets sont en cours pour évaluer la perte d'autonomie et ce que cela signifie pour nous en matière de logement, de santé et d'autres besoins en santé. En ce qui a trait à la nouvelle formation, nous offrirons, durant le prochain exercice financier, une formation supplémentaire à nos infirmières dans un certain nombre de domaines, y compris la gériatrie.

Enfin, pour ce qui est de la gestion des délinquants âgés, de toute évidence, à mesure que le Canada s'adapte aux changements démographiques de la population actuelle, il en va de même pour notre population carcérale. Nous devons bien utiliser nos ressources pour faire face à ces pressions.

Nous reconnaissons la nécessité de travailler avec toutes les instances. Identifier et gérer les délinquants âgés n'est pas le lot du SCC seulement. Les personnes viennent de la collectivité et y retournent. Nous reconnaissons que bon nombre des leviers du changement se situent dans des domaines qui influent sur les déterminants de la santé ou les comportements à risque, comme l'éducation, le bien-être social, les services de la santé au palier provincial-territorial et, bien sûr, dans les collectivités elles-mêmes pour ce qui est du soutien aux individus.

Pour l'avenir, nous continuerons de collaborer avec nos partenaires fédéraux et provinciaux, tout en examinant les moyens de lier l'information du système de soins de santé et

best practices so we can adjust our services as required to best meet health, accommodation and security needs of older offenders.

Howard Sapers, Correctional Investigator, Office of the Correctional Investigator: Good afternoon and thank you very much for the opportunity to meet with you on this topic. As correctional investigator for Canada, my job is to be independent ombudsman for federal offenders. It is also my role to review and make recommendations on the policies and procedures of the Correctional Service of Canada, to ensure that these areas of concern are identified and appropriately addressed.

My mandate expresses some important elements of the Canadian criminal justice system. The Office of the Correctional Investigator reflects Canadian values of respect for the law, for human rights and the public expectation that correctional staff and managers are accountable for the administration of law and policy. Good corrections, after all, equal public safety.

Today I am here to discuss my office's concerns with regard to older offenders. Older offenders have been historically defined by the correctional service as those 50 years old and older because the aging process is accelerated by the experience of incarceration. This is due mainly to factors including socio-economic status, accelerated medical care needs and the difficult lifestyle that many offenders had prior to incarceration.

The percentage of older offenders among the inmate population is about 16 per cent, or approximately 2,200 federal inmates, almost 300 of whom are over 65 years of age. The steady increase in the number of older offenders incarcerated in federal corrections is not a new issue. CSC became increasingly aware of the rise in the number of older offenders about 10 years ago. At that time, the Correctional Service of Canada recognized that its capacity to address the needs of older offenders was deficient and that if no action were taken, the problem would get worse as it was anticipated that the number of older offenders was going to continue to increase. That is what happened.

In November 1999, the CSC took decisive action and established a new division. They called it the "older offender division," with the mandate to "elaborate a sound correctional strategy adapted to the needs of older offenders." The Office of the Correctional Investigator supported the correctional service at that time for its proactive steps to address an emerging problem, and was involved in the consultation with it.

CSC elaborated a comprehensive strategy that dealt with the key needs of older offenders. These included: constitutional accommodation planning; community corrections, including supervision and release programs; health care and mental

celle du système de justice pénale. Nous continuerons de miser sur les pratiques exemplaires pour pouvoir adapter, s'il y a lieu, nos services, de façon à répondre le mieux aux besoins des délinquants âgés en matière de santé, de logement et de sécurité.

Howard Sapers, enquêteur correctionnel, Bureau de l'Enquêteur correctionnel : Bonjour et merci beaucoup de me donner l'occasion de vous parler de ce sujet. En tant qu'enquêteur correctionnel, mon rôle consiste à agir à titre de protecteur indépendant des délinquants sous responsabilité fédérale. Il m'incombe aussi d'examiner les politiques et les procédures du Service correctionnel du Canada, de formuler des recommandations à ce sujet et de veiller à ce que les sources de préoccupation soient repérées et traitées correctement.

Mon mandat illustre des éléments importants du système de justice pénale du Canada. Le Bureau de l'Enquêteur correctionnel reflète les valeurs des Canadiens en matière de respect de la loi et des droits de la personne, ainsi que leurs attentes à l'égard des employés et des cadres supérieurs du Service correctionnel, lesquels sont responsables de l'application de la loi et des politiques en leur nom. Après tout, des services correctionnels efficaces favorisent la sécurité publique.

Je suis ici aujourd'hui pour faire état de mes préoccupations au sujet des délinquants âgés. Le Service correctionnel a traditionnellement défini les délinquants âgés comme étant ceux de 50 ans et plus, parce que le processus du vieillissement est accéléré en milieu correctionnel en raison de facteurs tels que le statut socioéconomique, les besoins accélérés en soins médicaux et le mode de vie difficile que bon nombre des délinquants avaient avant leur incarcération.

Les délinquants âgés représentent environ 16 p. 100 de la population carcérale, soit quelque 2 200 détenus sous responsabilité fédérale, parmi lesquels environ 300 sont âgés de plus de 65 ans. L'augmentation constante du nombre de délinquants âgés incarcérés dans les établissements fédéraux n'est pas un phénomène nouveau. Le SCC a commencé à s'intéresser de plus en plus à la hausse du nombre de délinquants âgés il y a une dizaine d'années environ. À cette époque, il a admis que sa capacité de répondre aux besoins des délinquants âgés était déficiente et que si aucune mesure corrective n'était prise, le problème s'aggraverait, car on prévoyait que le nombre de délinquants âgés continuerait d'augmenter. C'est ce qui s'est produit.

En novembre 1999, le SCC a pris une mesure décisive en créant la nouvelle « Division des services aux délinquants âgés », dont le mandat consistait à « élaborer une stratégie correctionnelle adaptée aux besoins des délinquants âgés ». À cette époque, le Bureau de l'Enquêteur correctionnel a soutenu le Service correctionnel dans ses mesures proactives destinées à traiter un problème nouveau et il a participé à la consultation avec le Service correctionnel.

Le SCC a établi une vaste stratégie portant sur les principaux besoins des délinquants âgés, notamment : la planification du logement dans les établissements; les services correctionnels communautaires, y compris la surveillance et les programmes

health, including palliative care; staffing and training to address elderly offender needs; and assessment, case management and release planning.

In the 2000-01 annual report of my office, we characterized the CSC's report on elderly offenders as "a landmark document which, if its recommendations are implemented, will go far in addressing the problems of this group." At that time, the correctional service committed to address issues associated with accommodations, palliative care, reintegration options and program development. Unfortunately, shortly after the release of this report, CSC moved away from implementing its numerous recommendations.

Initially, a shift of priorities was cited as the reason for not moving forward, but it later became clear that a lack of resources was also part of the difficulty. The CSC began to distance itself from its report and adopted an approach of providing individualized health care and programming based on an assessment of each inmate's needs, regardless of age.

In March 2004, the *Canadian Journal of Public Health* published *A Health Care Needs Assessment of Federal Inmates in Canada*. It noted that there had been a 60 per cent increase in the number of inmates aged 50 and over, with an 87 per cent increase in those 65 years of age and over since 1993. The report urged that specific attention be paid to the health care needs of this growing segment of the inmate population.

The report described the psychosocial concerns with this population as follows: estrangement from, or lack of connection to, other inmates, given the relatively small percentage of older inmates; physical vulnerability to more serious consequences of assault; more difficulty adjusting to a new environment, and a greater length of time to do so; a higher rate of completed suicide, and a greater possibility of dying during incarceration; and a higher incidence of loss of external support systems — for example, spouse, family and friends.

The report went on to highlight a number of planning issues to be addressed, including: mainstreaming older inmates in the general inmate population; the physical plant design, specifically the distances between buildings, stairs, crowding and space for wheelchairs; programs and services, including dietary needs, and adaption of programming to physical, mental and social needs; and staff training, noting the different challenges compared to those concerning younger inmates.

offerts aux délinquants libérés; les soins de santé physique et mentale, y compris les soins palliatifs; la dotation et la formation du personnel afin de répondre aux besoins des délinquants âgés; et l'évaluation, la gestion des cas et la planification de la mise en liberté.

Dans son rapport annuel de 2000-2001, mon bureau a qualifié le rapport du SCC sur les délinquants âgés de document crucial qui, si ses recommandations étaient appliquées, permettrait, dans une large mesure, de résoudre les problèmes avec lesquels sont aux prises les délinquants âgés. À cette époque, le Service correctionnel s'est engagé à régler les problèmes liés au logement, aux soins palliatifs, aux options de réintégration et à l'élaboration de programmes. Malheureusement, peu après la publication de son rapport, le SCC s'est éloigné de la mise en œuvre de ses nombreuses recommandations.

À l'origine, on a parlé d'un « changement de priorités » pour justifier l'inaction; toutefois, il est apparu plus tard qu'un manque de ressources faisait aussi partie du problème. Le SCC a commencé à prendre ses distances à l'égard de son rapport et adopté une approche visant à fournir des programmes et des soins de santé individualisés, fondés sur une évaluation des besoins de chaque détenu, peu importe son âge.

En mars 2004, la *Revue canadienne de santé publique* a publié un rapport, intitulé *Évaluation des besoins en soins de santé des détenus sous responsabilité fédérale*, dans lequel on faisait remarquer que, depuis 1993, le nombre de détenus de 50 ans ou plus avait augmenté de 60 p. 100, alors que le nombre des 65 ans ou plus avait augmenté de 87 p. 100. Les auteurs de ce rapport exhortaient les autorités à accorder une attention particulière aux besoins en soins de santé de ce segment croissant de la population carcérale.

Ils décrivaient les problèmes psychosociaux de ce groupe comme étant les suivants : un isolement des autres détenus ou manque de rapports avec eux étant donné la proportion relativement petite de détenus âgés; une vulnérabilité physique à des répercussions plus graves d'un acte d'agression; plus de difficulté à s'adapter à un nouveau milieu et plus de temps requis pour faire cette adaptation; un taux de suicide plus élevé; une plus grande probabilité de mourir en prison; une incidence plus élevée de perte de soutiens dans la collectivité — par exemple, la conjointe ou le conjoint, les proches et les amis.

Les auteurs soulignaient un certain nombre de questions en matière de planification sur lesquelles il fallait se pencher, notamment : l'intégration des détenus âgés dans la population carcérale générale; l'aménagement physique des établissements, plus précisément les distances entre les bâtiments, les escaliers, le surpeuplement, l'espace pour fauteuils roulants; les programmes et services, y compris les besoins alimentaires des détenus âgés et l'adaptation des programmes à leurs contraintes physiques, mentales et sociales; et la formation du personnel, en notant que les défis ne sont pas les mêmes que chez les détenus plus jeunes.

Before I proceed with a more detailed account of the needs and challenges of older offenders, I would like to acknowledge some of the positive initiatives that have been implemented by the correctional service.

The Pacific Institution/ Regional Treatment Centre, has an excellent palliative care program. Inmates taking care of other inmates in need — both elderly and physically challenged — are called “peer care assistants.” They are assigned a specific inmate in need of assistance and they help this person throughout the entire day. This is considered a job, so they are paid. I understand that a majority of peer care assistants take this job seriously. They even sometimes call my office on their charges behalf.

To ensure a consistent approach to palliative care services within the correctional service, it is now a requirement to implement the palliative care guidelines when a terminal illness is diagnosed. These guidelines, as well as those related to discharge planning, are currently under review.

Some community residential facilities, CTRs, or halfway houses, have developed expertise in caring for elderly offenders. In spite of those initiatives, there continues to be no comprehensive plan focused on the needs of older offenders, and cases brought to the attention of our office do not suggest that sufficient progress has been made to respond to these growing needs. Let me provide you with a few examples to illustrate the types of situations that we are called upon to review.

Some older offenders are housed in medium and maximum security institutions even though they have serious mobility impairments or illnesses that would negate any public safety concerns. This restricts their access to a range of community supports and correctional programs. Many older offenders, some in their 70s and very sick or disabled have passed their parole eligibility dates, which raises the question as to why they have not been released into the community under some form of conditional release or parole. Recent CSC data show that more than 150 incarcerated offenders over the age of 65 are past their day-parole or full-parole eligibility dates.

Correctional Service of Canada continues its efforts to secure adequate and permanent funding to enhance its capacity to provide mental health services to the growing number of offenders with mental health issues; and we acknowledge that. The percentage of this group of offenders has doubled over the last 10 years. Older offenders with mental health issues and cognitive deficits are vulnerable, and the correctional service’s acknowledged lack of capacity to respond to their mental health needs continues to be of great concern for my office. Many

Avant de vous donner plus de détails sur les besoins et les défis des délinquants âgés, permettez-moi de souligner certaines initiatives positives mises en œuvre par le Service correctionnel.

L’Établissement du Pacifique/Centre régional de traitement a un excellent programme de soins palliatifs. Les détenus qui prennent soin d’autres détenus ayant des besoins particuliers — aussi bien des personnes âgées que des délinquants aux prises avec des difficultés physiques — sont des assistants en soins de santé auprès de leurs pairs. Jumelé à un détenu ayant besoin d’aide, l’assistant lui prête main-forte pendant toute la journée. Comme il s’agit d’un travail, les assistants touchent une rémunération. Je crois comprendre que la majorité des assistants en soins de santé auprès de leurs pairs prennent leur travail au sérieux — il leur arrive même d’appeler au Bureau de l’Enquêteur correctionnel pour eux.

Pour assurer une approche uniforme en matière de soins palliatifs au sein du Service correctionnel, il est maintenant obligatoire de se conformer aux lignes directrices sur les soins palliatifs lorsqu’une maladie terminale est diagnostiquée. Ces lignes directrices ainsi que celles liées à la planification des congés sont actuellement examinées.

Certains établissements résidentiels communautaires, CRT ou maisons de transition, ont acquis des compétences dans les soins à prodiguer aux délinquants âgés. Malgré toutes ces initiatives, il n’y a toujours pas de plan complet pour répondre aux besoins des délinquants âgés, et les cas portés à notre attention ces dernières années ne laissent pas entendre que des progrès suffisants ont été réalisés pour répondre à ces besoins croissants. Permettez-moi de vous présenter quelques exemples de situations sur lesquelles nous sommes appelés à nous pencher.

Certains délinquants âgés sont incarcérés dans des établissements à sécurité moyenne et maximale même s’ils ont des problèmes de mobilité ou une maladie tellement grave qu’ils ne présenteraient aucune menace pour la sécurité publique s’ils étaient placés dans un établissement à sécurité minimale. À cause de cette situation, ils ne peuvent avoir accès à l’éventail complet des soutiens communautaires et des programmes correctionnels. De nombreux délinquants âgés, dont certains sont septuagénaires et très malades ou lourdement handicapés, ont dépassé leur date d’admissibilité à la libération conditionnelle. On peut se demander pourquoi ils n’ont pas été mis en liberté sous condition dans la collectivité sous une forme ou une autre. Des données récentes du SCC révèlent que plus de 150 détenus âgés de plus de 65 ans ont dépassé leur date d’admissibilité à la semi-liberté ou à la libération conditionnelle totale.

Le Service correctionnel du Canada poursuit ses efforts en vue d’assurer un financement adéquat et permanent qui permettra d’améliorer sa capacité de fournir des services de santé mentale au nombre croissant de délinquants ayant des troubles psychiatriques. Nous le reconnaissons. Le pourcentage de délinquants de ce groupe a doublé ces dix dernières années. Les délinquants âgés ayant des problèmes de santé mentale et des déficits cognitifs sont vulnérables, et le fait que le Service correctionnel admet lui-même ne pas avoir assez de moyens

offenders with mental health problems end up in segregation for their own protection or are victimized by other offenders. The lack of or delay in accessing programs offered by the correctional service to its inmate population has become a major problem. There are long waiting lists resulting in programs not being provided until very late in an offender's sentence, often well beyond their parole eligibility date. Delayed program participation is directly linked to delayed conditional release. This can result in offenders being ill-prepared to return to the community and, when they are released, it is too often on statutory release with decreased length of supervision by a parole officer.

Few initiatives or accommodation options have been developed to address the physical needs of older offenders. Specific programming and accommodation are alternatives are required. Some older offenders feel isolated. Some withdraw from healthy activities because of a lack of available opportunities. Many choose to stay in their cells because of fear of interacting with the rest of the inmate population or by necessity as the physical environment, programming, or work opportunities are not adequate to respond to their needs and limitations. Access to patient-centred chronic, long-term and palliative care in federal corrections is very limited, and additional resources are required. On occasion, my office has investigated cases involving significant delays in obtaining items critical to an offender's well-being and dignity, such as hearing aids, dentures and adult incontinence products. As well, special diets for older offenders are rarely provided.

Staff are insufficiently trained and ill-equipped to respond to the needs of older offenders, in particular those with significant mental health issues, serious mobility constraints and medical conditions. Additional awareness and sensitivity training for front line staff is needed and the correctional service must recruit staff with expertise and experience in the area of gerontology.

The inmate allowance system and work opportunities are not responsive to the unique situation of older offenders. Some older offenders are unable to work not only because of their own physical limitations but also because the limited work opportunities available in correctional institutions do not accommodate their special needs. Moreover, the institutional setting does not provide productive activities to make use of their time. Many of these offenders spend much of their day alone in their cells. Lack of paid work or program participation also results in limited access to essential canteen items available for purchase.

pour répondre à leurs besoins continue d'inquiéter grandement le Bureau de l'Enquêteur correctionnel. De nombreux délinquants aux prises avec des problèmes de santé mentale sont placés en isolement protecteur ou sont victimisés par d'autres délinquants. Le manque de programmes offerts par le Service correctionnel à la population carcérale et les retards dans leur mise en œuvre constituent un problème majeur. Les longues listes d'attente font en sorte que les programmes ne sont offerts que très tard au cours de la peine des délinquants, souvent même après leur date d'admissibilité à la libération conditionnelle. Les retards dans la participation aux programmes sont liés directement aux retards dans la mise en liberté sous condition. À cause de cela, il peut arriver que certains délinquants soient mal préparés à réintégrer la collectivité et que, lorsqu'ils sont mis en liberté, ils le soient trop souvent dans le cadre d'une libération d'office, qui fait l'objet d'une surveillance de moins longue durée par un agent de libération conditionnelle.

Peu d'initiatives et d'options en matière de logement ont été élaborées pour répondre aux besoins physiques des délinquants âgés. Il faut mettre en place des programmes précis et des mesures spéciales de logement. Certains délinquants âgés se sentent isolés ou ont cessé de participer à de saines activités en raison de l'absence de possibilités qui leur sont offertes. Bon nombre d'entre eux préfèrent rester dans leurs cellules par crainte des contacts avec le reste de la population carcérale ou par nécessité, car l'environnement physique, les programmes ou les possibilités de travail ne cadrent pas avec leurs besoins et avec leurs limites. Dans le système correctionnel fédéral, l'accès aux soins chroniques, palliatifs et de longue durée axés sur les patients est très restreint, et d'autres ressources sont nécessaires. Parfois, mon bureau enquête sur des cas concernant des retards importants dans l'obtention d'articles essentiels au bien-être et à la dignité de délinquants, comme les appareils auditifs, les prothèses dentaires et les produits d'incontinence pour adultes. En outre, des régimes alimentaires spéciaux sont rarement offerts aux délinquants âgés.

Les membres du personnel ne sont pas suffisamment formés et équipés pour répondre aux besoins des délinquants âgés, en particulier ceux aux prises avec de graves problèmes de santé mentale et de mobilité, ainsi qu'avec des troubles médicaux graves. Il faut offrir davantage de programmes de sensibilisation et de formation au personnel de première ligne, et le Service correctionnel doit recruter des employés ayant des compétences et de l'expérience en gérontologie.

Le système des indemnités et les possibilités de travail pour les détenus ne conviennent pas à la situation particulière des délinquants âgés. Certains d'entre eux ne peuvent pas travailler en raison de leur propres contraintes physiques, mais aussi parce que les occasions d'emploi limitées dans les établissements correctionnels ne répondent pas à leurs besoins spéciaux. De plus, le milieu carcéral n'offre pas aux délinquants âgés des activités productives qui les tiennent occuper. Un grand nombre de ces délinquants passent le plus clair de leur temps seuls dans leur cellule. Comme ils n'occupent pas d'emplois rémunérés et ne participent pas à des programmes, ces délinquants ont peu d'argent et donc peu accès aux articles essentiels qui sont vendus à la cantine.

Clearly, the need to do better is obvious. Lack of resources certainly appears to us as one of the significant barrier that the correctional service faces. The service must also ensure that available financial and human resources are allocated to meet these identified and legally required needs.

In conclusion, I would like to thank the Special Senate Committee on Aging for its interest in reviewing a lesser known reality for some aging Canadians — the challenges of aging with dignity in the federal correctional context. I would like to leave the committee with a few suggestions.

In 2000, a parliamentary subcommittee recommended amending the Corrections and Conditional Release Act, CCRA by adding offenders who are young, elderly or who have serious health problems to the list of offender groups with special needs. Should the CCRA come before this committee for review, I would suggest such an amendment. The subcommittee also recommended that the CCRA be amended to make offenders serving life sentences or indeterminate sentences, who are terminally ill, eligible for parole on compassionate grounds, which currently is not the case. Should the CCRA come before this committee for review, I would urge senators to consider such an amendment. Finally, I recommend that the subcommittee encourage the correctional service to develop and implement programs, initiatives and services that will comprehensively address the needs of older offenders.

Kim Pate, Executive Director, Canadian Association of Elizabeth Fry Societies: Thank you, Madam Chair and senators, for inviting us and providing us with the opportunity to address you on this important, and increasingly so, issue of women in prison. I bring regrets from my President, Maître Lucie Joncas that she is unable to be here today because she has to attend court.

Some of you know that I have also worked with men and young people in the system but for the last 16 years, my particular focus has been women in prison. This area is of growing concern for our organization of 26 members across the country that provides services in many communities. Some of you may know many of them. They provide numerous different services from early intervention to working with individuals who are senior and ailing in the community as alternatives to incarceration and upon conditional release.

I consulted other people over the last month and a half and we had already the issue of long-term and aging prisoners on our agenda in terms of our organization's social action agenda. However, when the opportunity to appear before this committee arose, we stepped up our consultation with those individuals who are aging in the institutions. Over the last month, I have been in a number of federal institutions. I have spoken to many of the women you have heard about from the previous witnesses.

De toute évidence, il est urgent de faire mieux. Le manque de ressources nous apparaît comme un obstacle important que le Service correctionnel doit surmonter. Le SCC doit aussi s'assurer que des ressources humaines et financières sont allouées pour répondre à ces besoins bien définis et justifiés sur le plan juridique.

En guise de conclusion, je tiens à remercier le Comité spécial sur le vieillissement d'avoir examiné la réalité peu connue de certains Canadiens âgés, c'est-à-dire les défis que présente le fait de vieillir avec dignité dans le contexte correctionnel fédéral. J'aimerais profiter de l'occasion pour formuler quelques suggestions au comité.

En 2000, un sous-comité parlementaire a recommandé que l'on modifie la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition (LSCMLC) afin d'ajouter les délinquants jeunes, les délinquants âgés et des délinquants ayant de graves problèmes de santé à la liste des groupes de délinquants ayant des besoins spéciaux. Si le comité est appelé à examiner la LSCMLC, je suggère que vous envisagiez un amendement de cette nature. Le sous-comité a également recommandé que la LSCMLC soit modifiée pour que les délinquants condamnés à une peine d'emprisonnement à perpétuité ou d'une durée indéterminée et qui sont en phase terminale puissent être admissibles à la libération conditionnelle pour des motifs humanitaires, ce qui n'est pas le cas actuellement. Encore là, si le comité est appelé à examiner la LSCMLC, je vous demande instamment d'envisager une telle modification. Enfin, je recommande que le sous-comité encourage le Service correctionnel à élaborer et à mettre en œuvre des programmes, des initiatives et des services qui répondront à l'éventail complet des besoins des délinquants âgés.

Kim Pate, directrice exécutive, Association canadienne des sociétés Elizabeth Fry : Merci, madame la présidente et honorables sénateurs de nous avoir invités et donné l'occasion de vous présenter notre point de vue sur la question de plus en plus importante des femmes détenues. Je vous transmets les excuses de ma présidente, Maître Lucie Joncas qui n'a pas pu venir, car ses responsabilités l'appelaient au tribunal.

Certains d'entre vous savent que j'ai aussi travaillé avec des hommes et des jeunes incarcérés, mais durant les 16 dernières années, je me suis surtout penchée sur les femmes en prison. C'est un sujet qui préoccupe de plus en plus les 26 membres de notre organisation nationale qui fournissent des services dans un grand nombre de collectivités. Certains d'entre vous en connaissent peut-être plusieurs. Elles fournissent de nombreux services allant de l'intervention précoce au travail avec des personnes âgées et malades comme solutions de rechange à l'incarcération et dès leur mise en liberté sous condition.

J'ai consulté, ces six dernières semaines, d'autres personnes et il se trouve que la question des détenus âgés était déjà inscrite au programme d'action sociale de notre organisation. Cependant, nous avons accéléré nos consultations avec les personnes qui vieillissent dans les établissements. Le mois dernier, j'ai visité un certain nombre d'établissements fédéraux. Je me suis entretenue avec un grand nombre de femmes dont vous avez entendu parler au cours des témoignages précédents.

I propose to provide this committee with the issues that they raised. Certainly, I do not dispute any of the numbers provided by my colleagues at the Correctional Service of Canada or the Office of the Correctional Investigator but I thought it might help to have some of the faces portrayed.

One of the issues was the fact that this has not been a priority issue within the organization. Interestingly enough, the first thing that many aging individuals raised was concern for those coming behind them. Those in the system know they are there and deal with it as best they can. I will talk a bit about that in a minute. Most interesting from all of the individuals and those working with them as life line or in-reach workers — people who have been in prison and return to work with them — is the impact that potential law reform will have on this very issue. The issues expressed were longer sentences, longer mandatory minimum sentences and the proposal to eliminate statutory release. All of these issues were raised by aging and older prisoners as things that will impact not only them but also, and more significantly, those coming behind them.

As you have already heard, an aging individual who wants to exit the prison might not have an opportunity to take age-appropriate or appropriate-at-all programming because they are being asked to take cognitive skills or programming that might be positive for a younger individual. I recall one woman who had just spoken to her case management team, most of whom were younger than her own children and some as young as her grandchildren. They had been encouraging her to think about re-schooling but by the time she finished, she would be in her mid-60s. The idea that she could go back to school at her age was ludicrous, not only to her but also to some of us who heard about the suggestion.

Many of the women are concerned about the same things that the rest of are concerned about as we age — menopause, osteoporosis, diabetes. These are some of the chronic and aging diseases that impact women more profoundly. Although health care is provided, it tends to be predominantly about prescriptions. There is not a lot of opportunity for other interventions such as exercise, diet or other alternative approaches.

Mr. Sapers, from the Office of the Correctional Investigator, discussed some good examples of peer care providers. There are also some not very good examples of individuals being expected to care for each other without any support, recompense or expertise. That is the other side of the issue.

Aging prisoners do not have access to pension benefits. They are expected to work or receive minimal resources while in the institution. A number of individuals were concerned about that kind of proposal coming forward. While they are in the institution, they want the same opportunities that exist in the community. For example, as they are aging and getting older, to have either shorter work weeks or work days and, what I have termed, pension opportunities, so they would not end up with virtually no pay. That leaves them with little ability to buy the

Je propose de présenter au comité les questions qu'elles ont soulevées. Je ne conteste évidemment pas les chiffres fournis par mes collègues du Service correctionnel du Canada ou du Bureau de l'Enquêteur correctionnel, mais j'estime utile de donner un visage à certaines de ces personnes.

Le problème avec cette question, c'est qu'elle n'était pas une priorité au sein de l'organisation. Il est intéressant de noter que beaucoup de personnes âgées se préoccupaient en premier lieu de celles qui viendront après elles. Celles qui sont dans le système sont conscientes de leur situation et essaient d'y faire face le mieux qu'elles peuvent. J'y reviendrai dans un instant. L'effet de l'éventualité de la réforme de la loi sur cette question est ce qui intéresse le plus les détenues et ceux qui travaillent avec elles, les intervenants accompagnateurs, des gens qui ont été en prison et qui retournent travailler avec les détenues. Les peines plus longues, les peines minimales obligatoires plus longues et la proposition visant l'élimination de la liberté d'office comptent parmi les points soulevés. Les détenues âgées pensent que toutes ces questions auront un effet non seulement sur elles, mais aussi, et c'est plus important, sur les futures détenues.

Comme vous l'avez déjà entendu, une personne âgée qui veut sortir de prison peut ne pas avoir l'occasion de suivre un programme approprié à son âge ou tout simplement approprié, car on leur demande une habileté mentale supérieure ou de suivre un programme qui conviendrait mieux à quelqu'un de plus jeune. Je me souviens d'une femme qui venait tout juste de parler à l'équipe de gestion de son cas, dont la plupart des membres étaient plus jeunes que ses propres enfants et certains plus jeunes que ses petits-enfants. L'équipe l'encourageait à reprendre des études, alors qu'elle aura 65 ans à sa sortie de prison. L'idée d'aller à l'école à son âge était ridicule, non seulement pour elle, mais aussi pour certains d'entre nous.

La plupart des femmes ont les mêmes préoccupations que le reste d'entre nous quand nous vieillissons — ménopause, ostéoporose, diabète — qui font partie des maladies de vieillesse et chroniques qui touchent beaucoup plus les femmes. Bien que les soins de santé soient donnés, il semble que ce soit surtout des ordonnances. Il n'y a pas beaucoup de possibilités de participation à d'autres activités telles que l'exercice, le régime alimentaire ou autres.

M. Sapers, du Bureau de l'Enquêteur correctionnel, a donné quelques bons exemples de soins prodigués par des pairs. Il y a aussi quelques exemples pas très bons de personnes dont on attend qu'elles se dispensent des soins mutuels sans aide, récompense ni expertise. C'est l'autre aspect de la question.

Les détenues âgées n'ont pas accès aux prestations de retraite. On s'attend à ce qu'elles travaillent ou reçoivent des ressources minimales pendant leur emprisonnement. Un certain nombre de personnes ont demandé si une proposition de ce genre allait être présentée. Pendant leur séjour dans les établissements, elles veulent avoir les mêmes possibilités qui existent dans la collectivité. Par exemple, au fur et à mesure que les années passent et qu'elles vieillissent, elles veulent des semaines ou des journées de travail plus courtes et la possibilité de recevoir des

extra food or vitamins they may be purchasing to supplement their personal needs. Some women have to use menstrual pads because they do not have access to incontinence products.

There is a perception that there are more services for aging men than for aging women. The example we received was that a man suffering from a heart attack would be assessed quickly; whereas, a woman concerned about a lump in their breast, osteoporosis or some other equally serious medical problem, would be considered a chronic complainer.

We have a number of incidents where women have been diagnosed far too late and had to have radical interventions because breast cancers were not being diagnosed or they were not comfortable questioning those who had made the recommendation following their raising the concern.

The recommendations of the Office of the Correctional Investigator are the sort also supported and proposed by the women in the prisons. However, the women were suggesting there be access to community resources at an earlier stage. The notion that correctional services should provide more services in the prison is not a very helpful one when you know that the aging population is increasing. It would be more appropriate, particularly for individuals who are not a risk to the community or who could be eligible for release, to start work releases that involve going home and providing grandchild care or providing other types of home support. There should be opportunities to be released into familial homes instead of halfway houses that are not equipped to deal with them.

We have a horrible example of an older woman in a wheelchair who could not go to any halfway house in the Prairie region because there was not one which was wheelchair accessible. She ended up in a men's halfway house where she experienced isolation and poor treatment. The woman committed suicide.

Private home placements are allowable within the legislation and women have talked about how these approaches could be used. The section 84 conditional release arrangements that we often think of only in terms of Aboriginal prisoners, could be looked at as an opportunity for individuals to go into senior homes, other age-appropriate residences or palliative care facilities instead of trying to develop those within prisons themselves.

Within prisons, most of the women talked about an interest in units where older prisoners could be housed. One gave an example of the house in which she was first placed in the prison. She was in her 50s and shared with a number of young women in their 20s. They liked to play loud music and often at the time she was sleeping. Conversely, she would be up at early hours wanting to do housework when they were sleeping. These are practical things that many of us accommodate because we have the ability to and the freedom to move around, which are not necessarily available within the prison setting.

prestations de retraite et ne pas finir sans aucun salaire. Cela ne leur permet pas d'acheter plus de nourriture ou de vitamines pour compléter leurs besoins personnels. Certaines femmes utilisent des tampons hygiéniques, car elles n'ont pas accès aux serviettes pour incontinents.

Il y a une perception à l'effet que les hommes âgés reçoivent plus de services que les femmes âgées. On nous a dit qu'un homme victime d'une crise cardiaque sera examiné rapidement alors que l'on dira d'une femme qui s'inquiète d'une grosseur au sein, d'ostéoporose ou d'une autre maladie aussi grave, qu'elle se plaint toujours.

Dans un certain nombre de cas, des femmes ont été diagnostiquées beaucoup trop tard et ont dû subir des interventions chirurgicales importantes, car les cancers du sein n'étaient pas diagnostiqués ou parce qu'elles ne se sentaient pas à l'aise pour poser des questions à ceux qui ont recommandé l'intervention.

Les recommandations du Bureau de l'Enquêteur correctionnel ressemblent à celles soutenues et proposées par les détenues. Cependant, les femmes suggéraient que l'accès aux ressources de la collectivité se fasse plus tôt. L'idée voulant que les services correctionnels fournissent plus de services en prison n'est pas très utile quand on sait qu'il y a de plus en plus de personnes âgées en prison. Il serait plus approprié, particulièrement pour les personnes qui ne posent pas de danger pour la société ou qui sont admissibles à la libération, de commencer des placements à l'extérieur comme le retour à la maison, pour s'occuper des petits-enfants ou fournir d'autres types de soutien à domicile. Il devrait être possible de libérer des détenues et les envoyer dans des foyers familiaux au lieu de maisons de transition qui ne sont pas équipées pour les accueillir.

Il y a le terrible cas d'une femme âgée en fauteuil roulant qui ne pouvait habiter dans aucune maison de transition dans les Prairies, car ces maisons n'étaient pas adaptées aux fauteuils roulants. Elle a fini par vivre dans une maison de transition réservée aux hommes où elle a été isolée et maltraitée. Cette femme s'est suicidée.

Les placements dans des maisons privées sont prévus dans la loi et les femmes ont parlé de la façon dont l'article 84 sur la mise en liberté sous condition, que nous associons souvent aux détenus autochtones, pourrait servir pour envoyer des personnes dans les foyers pour personnes âgées, d'autres résidences de ce genre ou des établissements de soins palliatifs au lieu d'essayer d'en créer dans les prisons.

La plupart des détenues ont exprimé leur intérêt pour des unités réservées aux personnes âgées. L'une d'entre elles a donné en exemple la maison dans laquelle elle a été d'abord placée dans la prison. Elle avait la cinquantaine et habitait avec plusieurs jeunes femmes dans la vingtaine qui aimaient jouer très fort de la musique et souvent quand elle-même dormait. Inversement, elle était debout tôt le matin pour faire les travaux ménagers alors que ces jeunes femmes dormaient. Ce genre de situation ne dérange pas beaucoup d'entre nous, car nous avons la possibilité et la liberté de nous déplacer, ce qui est impossible en prison.

Finally, another issue was the notion that there is an opportunity for the women to participate in the development of the options that would be available. They should be permitted to do some of the research to look at what resources may be available within the community. Also, existing provisions in the CCRA allow for prisoners to be taken out of the prison for health reasons at any stage of their sentence. These provisions should be utilized in addition to the recommendations that my colleagues have made around compassionate passes and compassionate parole.

Senator Mercer: This is a fascinating topic, one to which Canadians do not pay enough attention. I am glad we are able to give it some attention.

Mr. Toller, you said that 14 per cent of the offenders aged 50 years and over have a current psychiatric diagnosis. Mr. Sapers you also mentioned mental health. Would either of you assess that perhaps these people would be better served in some mental care facility designed to treat the disorder they may have rather than being incarcerated?

Mr. Sapers: I will provide the first part of the answer. We have made many recommendations concerning this issue.

The Correctional Service of Canada has five regional psychiatric centres, which deal with offenders that have a significant diagnosed mental disorder. They are for all intents and purposes psychiatric hospitals. They represent about 50 per cent of the capacity the service requires to deal with offenders with that degree of mental disorder.

The service has developed a plan that is fairly responsive in meeting with the additional need, but they have not been able to secure ongoing permanent funding for that plan. At the same time, they have not been able to fully staff or implement the parts of the initiative that have received funding.

The challenge continues to grow. There are some offenders who would benefit from permanent hospital placement. However, the service is challenged with having to implement the sentence of the court. When they receive the offender, the issue is how carefully and quickly they can do the assessment, how appropriate is the array of placement options that they have, and what kind of services can they either leverage or partner from the surrounding community to take advantage of available health care services. It is fair to say the problem in that regard has been well identified. Some of the solutions have been well identified but the implementation is lagging behind.

Mr. Toller: I would add that we have seen a significant increase over the last number of years. This is why we have decided in the last couple of years that this is will be one of our priorities. We have branched off the health services into a separate entity within the Correctional Service of Canada to give as much focus and attention on this area as we are able.

As Mr. Sapers pointed out, although a number of inmates are coming in with a mental health diagnosis, they are still convicted of an offence, which we are required to administer. We have to have five regional centres across the country which are centred on

Finalement, une autre question était la possibilité que les femmes participent à l'élaboration des options qui seraient disponibles. Elles devraient être autorisées à faire des recherches sur les ressources qui peuvent être offertes dans la collectivité. De même, des dispositions de la LSCMLC permettent aux prisonniers de sortir de prison pour des raisons de santé à n'importe quel moment de leur peine. Ces dispositions devraient être utilisées en plus des recommandations que mes collègues ont faites au sujet de la mise en liberté pour des raisons d'ordre humanitaire.

Le sénateur Mercer : C'est un sujet fascinant auquel les Canadiens ne portent pas suffisamment attention. Je suis heureux que nous ayons pu le faire.

Monsieur Toller, vous avez dit que 14 p. 100 des délinquants âgés de 50 ans et plus ont aujourd'hui un diagnostic psychiatrique. Monsieur Saper, vous avez aussi parlé de la santé mentale. Pensez-vous, l'un ou l'autre, qu'il serait préférable que ces personnes soient dans un établissement psychiatrique conçu pour traiter leurs troubles éventuels au lieu d'être incarcérées?

M. Sapers : Je vous donnerai la première partie de la réponse. Nous avons fait beaucoup de recommandations à ce sujet.

Le Service correctionnel du Canada a cinq centres psychiatriques régionaux qui traitent des délinquants atteints de troubles mentaux graves. Ces centres sont en fait des hôpitaux psychiatriques assurant la moitié des services requis pour traiter les délinquants atteints de ce genre de troubles mentaux.

Le Service correctionnel a élaboré un plan qui répond de manière assez satisfaisante aux besoins additionnels, mais le Service n'a pas pu obtenir un financement sûr et permanent pour ce plan. Il n'a aussi pas pu trouver tout le personnel ni mettre en œuvre les éléments de l'initiative qui ont été financés.

Les problèmes continuent de s'aggraver. Certains délinquants sont hospitalisés de façon permanente. Il n'en reste que le Service doit appliquer les peines imposées par les tribunaux. Le problème qui se pose à la prise en charge des délinquants par le Service est de déterminer la façon de procéder soigneusement et rapidement à l'évaluation; de décider de la pertinence des options de placement à sa disposition et du genre de services qu'il peut fournir en collaboration avec les collectivités voisines pour tirer avantage des services de soins de santé qui y sont offerts. Il convient de dire que ce problème a été identifié. Des solutions ont été élaborées, mais leur mise en œuvre accuse du retard.

M. Toller : J'ajouterai que nous avons assisté à une augmentation considérable de la population ces dernières années. C'est la raison pour laquelle, nous avons décidé ces deux dernières années d'en faire l'une de nos priorités. Nous avons fait des services de santé une entité distincte au sein du Service correctionnel du Canada pour pouvoir nous pencher plus attentivement sur cette question.

Comme l'a dit M. Sapers, bien que les diagnostics d'un certain nombre de délinquants révèlent des troubles mentaux, ils ont quand même été déclarés coupables d'une infraction et nous devons administrer la peine. Nous avons bien cinq centres

the provincial legislation necessary for a full psychiatric diagnosis and/or treatments. We also have memorandums of agreement with other facilities, such as St. Thomas Psychiatric Hospital, with whom we can work in terms of mental health.

I would also point out we are still in a build-up stage. Ms. MacLean will speak to this more eloquently than I. At this time, it is a tough market to recruit people. Great attention is being made in terms of how to recruit people to work in this setting.

I agree we do not have the requisite resources to manage this changing population.

Senator Mercer: That leads me to another question with regards to your staffing difficulties. When you said you had an offender population of 21,617 and 13,170 in institutions, and 8,447 offenders in the community, I was interested in the fact that you went on to say that you have a staff complement of approximately 14,500 people. That is quite a good ratio in terms of the people being administered to and those doing the actual work. Out of those 14,500 people, how many are doing "chore administrative" work and do not have contact with prisoners, either in the institutions or in the community?

Mr. Toller: I do not have the exact numbers for you. It depends on where we want to look at that definition. As an administrator, I may be involved with inmates. At other times, I am not. Sometimes I see the products that come in from inmates through direct contact, through agencies. Even the administrators are generally frontline people. The correctional officer group makes up the vast majority of our complement. We do have a number of program delivery staff that works directly with inmates relative to the provision of programs. Nurses and health care staff work directly with inmates as well and the lion's share of that group is in contact with inmates.

Senator Mercer: That is good news.

However, when you spoke of the intake assessment phase you did not mention the proximity of local relatives to the person entering the institution. Is that a factor that was not mentioned because it was not related directly to aging?

Mr. Toller: It is definitely a consideration in terms of potential, original placement. It is also a consideration during both the sentence and release into the community.

Senator Mercer: Ms. Pate, it seems to me that people commit crimes, they deserve to be punished, they are put in prisons and they serve their time. They come out of the institution, whether on bail or after completion of their full sentence. We have punished them, but in many cases we have not solved the problem. What happens to older prisoners when they come out of institutions? What resources does Canada provide to Canadians who have completed their sentences?

They have no access to pensions; they have not been contributing. Are they eligible for the Canadian Pension Plan? If they have been in prison for a number of years, they have not been contributing. Are they eligible for Old Age Security? Are

régionaux travers le pays qui respectent les lois provinciales pour ce qui est des diagnostics et des traitements psychiatriques complets. Nous avons aussi des protocoles d'accord avec d'autres établissements, tels que l'hôpital psychiatrique de St. Thomas, pour collaborer dans le domaine de la santé mentale.

J'aimerais aussi souligner que nous sommes encore au stade du développement. Mme McLean en parlera plus éloquentement que moi. Pour l'heure, il est difficile de trouver du personnel et nous accordons énormément d'importance au recrutement des futurs employés dans ce secteur.

Je reconnais que nous n'avons pas les ressources nécessaires pour gérer l'évolution de cette population.

Le sénateur Mercer : Ce qui m'amène à poser une autre question sur les difficultés que vous rencontrez dans la dotation de personnel. Vous avez dit que le nombre de délinquants est de 12 617, 13 170 dans les établissements et 8 447 dans les collectivités. Vous avez poursuivi en disant que votre effectif compte environ 14 500 employés, et c'est cela qui a suscité mon attention. C'est un très bon rapport entre le nombre de détenus et le nombre d'employés. Parmi les 14 500 employés, combien sont attachés à des services administratifs et n'ont pas de contact avec les détenus, que ce soit dans les établissements ou les collectivités?

M. Toller : Je ne peux pas vous donner les chiffres exacts. Cela dépend de l'interprétation que l'on donne à cette définition. En tant qu'administrateur, je peux avoir des contacts avec des détenus. D'autres fois, je n'en ai pas. Il m'arrive parfois de voir, directement ou par le biais d'organismes, les produits fabriqués par les détenus. Même les administrateurs travaillent généralement en première ligne. Notre effectif est principalement composé d'agents de correction. Un certain nombre d'employés chargés de l'exécution des programmes travaillent directement avec les détenus. Les infirmiers et le personnel des soins de santé travaillent aussi directement avec les détenus, c'est le groupe qui a le plus de contacts avec eux.

Le sénateur Mercer : Voilà de bonnes nouvelles.

Cependant, en mentionnant la phase de l'évaluation initiale, vous n'avez pas parlé de parents, de la personne incarcérée, vivant à proximité. Est-ce que ce facteur n'a pas été mentionné parce qu'il n'est pas directement lié à l'âge?

M. Toller : C'est quelque chose qui est absolument pris en compte pour le placement éventuel et initial. On en tient aussi compte pendant la peine et à la sortie de prison.

Le sénateur Mercer : Madame Pate, pour moi, ceux qui commettent des crimes méritent d'être punis, emprisonnés et de purger leur peine. Ils sortiront de prison que ce soit en liberté sous caution ou une fois qu'ils auront purgé la totalité de leur peine. Nous les avons punis, mais dans de nombreux cas, nous n'avons pas résolu le problème. Qu'arrive-t-il aux détenus âgés quand ils sortent de prison? Quelles ressources le Canada offre-t-il aux Canadiens qui ont purgé leur peine?

Ils n'ont pas de retraite; ils n'ont pas versé de cotisations. Ont-ils droit au Régime de pensions du Canada? S'ils ont passé quelques années en prison, ils n'y ont pas contribué. Peuvent-ils recevoir les prestations de la Sécurité de la vieillesse? Est-ce que

there programs that need to be redefined or reassessed to ensure people coming out of prisons do not have to look around and say I do not have much choice but to return to my old way of life to survive?

Ms. Pate: I will defer again to my colleagues if they have addition information on this subject. However, in my experience, women cope three general ways once they are released from prison. They may have had a spouse who may have had a pension that they are eligible for, they may be eligible for CPP themselves or they may go and live with their family.

If they are not eligible for anything else, the way most of the women will gain access is through social assistance, which is not always adequate. Often, they try to someone to live with to try to support them.

Senator Mercer: Therefore, the only resource for someone coming out of an institution after, perhaps, many years is to go on welfare and to be put back at the mercy of society. Is that it?

Ms. Pate: That is certainly the case for some. As I mentioned, some have died shortly after being released from prison; some have committed suicide. Some people have gone on to live with families.

It is part of the reason why I was encouraging you to think about the section 84 types of provisions. While prisoners are serving their sentences, there are some creative opportunities for them to serve their sentence but also transition into a more appropriate community setting, whether a geriatric facility or a senior's home or residence.

There was a woman who talked about wanting to make a human rights complaint because, although there are many staff in the institution, there are not a lot of staff with experience in this area. She said if you wanted to visit, you could see for yourselves the sorts of opportunities that exist in the prisons. Perhaps that is an opportunity also for the community to see what exists. We already know alternatives are sorely lacking for aging inmates.

I am sure your researchers have looked at some of the options in other countries. I noticed when I was looking at options that there have been some interesting options in the European Union and even Japan, which I do not think of as particularly progressive in terms of prison issues. However, they have developed shorter work weeks, early release options into hospitals or senior-focused settings and things of this nature. There are some other options that could be looked at that do not jeopardize or compromise public safety and also ensure that people are still being held accountable by serving their sentence.

The Chair: I think we should put on the record that if the people are over the age of 65, they are allowed to collect Old Age Security and GIS. The ones who are not quite 65 years of age are subject to the problems we are discussing here today.

des programmes doivent être redéfinis ou réévalués pour s'assurer que les personnes qui sortent de prison n'aient pas à se dire qu'il ne leur reste pas beaucoup de choix que celui de reprendre leurs vieilles habitudes pour survivre?

Mme Pate : Je m'en remets encore une fois à mes collègues, s'ils ont des renseignements supplémentaires à ce sujet. Toutefois, d'après ce que j'ai vu, les femmes, une fois sortie de prison, ont en général trois possibilités. Elles ont pu avoir un mari qui a eu une retraite à laquelle elles ont droit, elles peuvent elles-mêmes être admissibles au RCP ou elles peuvent vivre avec leur famille.

Si elles n'ont droit à rien d'autre, les femmes survivent en demandant l'aide sociale, ce qui n'est pas toujours suffisant. Souvent, elles essaieront de vivre avec quelqu'un qui subviendra à leurs besoins.

Le sénateur Mercer : Par conséquent, la seule ressource mise à la disposition d'une personne sortant de prison après, peut-être un grand nombre d'années, est de demander de l'aide sociale. C'est tout?

Mme Pate : C'est tout pour certains d'entre eux. Comme je l'ai dit, certains meurent peu de temps après leur libération; certains se suicident. Certaines personnes sont allées vivre avec leur famille.

C'est en partie pour cette raison que je vous encourage à réfléchir aux dispositions de l'article 84. Pendant l'emprisonnement, les détenus disposent de possibilités créatives pour purger leurs peines, mais aussi d'une transition dans une collectivité plus appropriée, que ce soit un centre gériatrique ou un foyer ou une résidence pour personnes âgées.

Une femme a déclaré qu'elle voulait formuler une plainte touchant les droits de la personne en raison de l'insuffisance de personnel dans l'établissement, il n'y a pas beaucoup de personnel expérimenté dans ce domaine. Elle a dit que si vous vouliez visiter des prisons, vous verrez le genre de possibilités qui y existent. C'est peut-être l'occasion aussi pour la collectivité de se rendre compte de la situation dans les prisons. Nous savons que les solutions de rechange en ce qui concerne les détenues âgées manquent terriblement.

Je suis sûre que vos chercheurs ont étudié les options suivies dans d'autres pays. Dans mes propres recherches, j'ai remarqué que l'Union européenne et même le Japon avaient des options intéressantes, mais elles ne me semblent pas particulièrement progressives en ce qui concerne les problèmes liés aux prisons. Cependant, ils ont mis en place des semaines de travail plus courtes, des possibilités de libération anticipée dans des hôpitaux ou des résidences réservées aux personnes âgées et des choses de ce genre. On pourrait étudier d'autres options qui ne mettent pas en danger la sécurité publique et qui assurent aussi que les personnes soient encore tenues responsables en purgeant leur peine.

La présidente : Je pense que nous devrions inscrire au compte rendu que les personnes de plus de 65 ans aient droit à la Sécurité de la vieillesse et au SRG. Les personnes qui n'ont pas encore atteint cet âge sont l'objet des problèmes qui nous occupent ici aujourd'hui.

Senator Keon: This is a truly fascinating group of people. I have a particular interest in population health, and this population health group is of tremendous interest, especially in terms of the subgroup of seniors.

The whole emphasis on population health is to try to identify the high-risk health groups and bring them up to the norm to try to prevent illness and promote health. We do through a series of educational and prevention programs and early detection. I suspect this must be the challenge to end all challenges, in this population health group.

What health services organization do you have for the people who are incarcerated? What organization do you have for the substantial number of people who are on the outside but still under your supervision?

First, for the inmates, what organizations do you have in the way of public health, preventive health and health education? How do you handle the smokers? Can they only smoke out in the yard? Can they smoke in their cells or in the company of their colleagues?

Ms. MacLean: As the new Assistant Commissioner of Health Services, I will attempt to answer your questions, Senator Keon. There is no question that under our legislation, we are obligated to provide essential health care and non-essential mental health care that will assist people in rehabilitation and reintegration into the community.

As I mentioned in my opening remarks, our principal frontline practitioners are nurses, who are in small walk-in clinics. We have physicians and specialists who come on a contract basis and provide service in response.

In terms of population or public health, we had an excellent assessment done by the *Canadian Journal of Public Health* on prisoners' needs. One of the key areas we need to address as a result of this is thorough data collection. We have a number of proxies; when we try to identify cardiovascular disease to the informed prevention program, for example, we have medication use as the proxy. We still rely on paper, so building an electronic data base to better assess needs and respond to them is a key priority for us.

My colleague, Mr. Toller, alluded to mental health, where we recently received some initiative funding for community mental health to help with discharge. Also, we just received money for institutional mental health to do a better job of primary care services. We have been more reactive probably than we would have wished to have been, but we are working within the resources that we have, which have been focused very much on the primary care level.

Le sénateur Keon : Ce groupe de personnes est très fascinant. Je me soucie particulièrement de la santé de la population, ce groupe qui travaille dans ce domaine suscite un énorme intérêt, surtout en ce qui concerne les sous-groupes de personnes âgées.

Il est très important pour la santé de la population d'identifier les groupes qui posent le plus grand risque à la santé et de les traiter pour prévenir les maladies et promouvoir la santé. Nous le faisons au moyen de programmes de sensibilisation, de prévention et de dépistage précoce. Je suppose que doit être le défi à relever pour mettre fin à tous les autres défis que pose cette population à ce groupe.

Quelles organisations de soins de santé pour les détenus avez-vous? Quel organisme avez-vous pour le nombre important de personnes qui même si elles vivent à l'extérieur continuent à être sous votre surveillance?

Premièrement, quelles organisations avez-vous en matière de santé publique, de soins préventifs et d'éducation à la santé pour les détenus? Comment gérez-vous les fumeurs? Ne sont-ils autorisés à fumer que dans la cour? Peuvent-ils fumer dans leurs cellules ou en compagnie de leurs codétenus?

Mme McLean : Je vais essayer, en tant que nouvelle commissaire adjointe des Services de santé, de répondre à vos questions, sénateur Keon. Il ne fait aucun doute que nous sommes tenus par la loi d'assurer les soins de santé essentiels et les soins de santé mentale non essentiels qui contribueront à la réadaptation et à la réinsertion sociale des détenus.

Comme je l'ai fait remarquer dans ma déclaration préliminaire, les infirmiers sont les praticiens qui travaillent le plus en première ligne et dans des petites cliniques où l'on peut venir sans prendre de rendez-vous. Des médecins et des spécialistes, que nous embauchons à contrat, dispensent des services médicaux.

La *Revue canadienne de santé publique* a publié une excellente évaluation des besoins des détenus en matière de santé de la population ou de santé publique. Cette évaluation révèle que la collecte des données est un élément essentiel qui doit se faire minutieusement. Nous avons un certain nombre d'approximations; par exemple, quand nous essayons d'identifier une maladie cardiovasculaire dans le cadre du programme de prévention éclairée, nous utilisons la consommation des médicaments comme approximation. Nous travaillons encore sur le papier, donc l'établissement d'une banque de données visant une meilleure évaluation des besoins et la façon de mieux y répondre est une grande priorité pour nous.

Mon collègue, M. Toller, a parlé de la santé mentale. Nous avons reçu il y a peu une initiative de financement pour améliorer les soins de santé mentale offerts dans la collectivité et aider les détenus libérés. Nous venons aussi de recevoir des fonds pour améliorer les soins de santé mentale primaires offerts en établissement. Notre réaction a été peut-être un peu plus vive que nous l'aurions souhaité, mais nous travaillons avec les ressources à notre disposition et nous les utilisons principalement pour les soins primaires.

In terms of our organizational structure, we have small health teams in each of our institutions, which report to our regional headquarters, which report to me in head office.

Our focus on harm reduction, for example, has been very much in the infectious diseases area. We have peer education programming. When inmates come in the door, as part of that assessment my colleague was talking about, they are given information on how to avoid disease such as blood-borne diseases and sexually transmitted diseases. We have harm-reduction equipment available in the institutions; and we are working to put in place the elements of harm reduction, including methadone for those with substance abuse issues.

There is no question that as we work to better capture the needs, we will be better able to tailor our programming. We are evaluating some of our work in this regard and moving forward.

Senator Keon: I congratulate you for organizing health at a primary care level. On the outside, we have not done that properly at all. We have neglected to do that to our own peril. I commend you to continue along those lines.

The payoff, I would think even for prisoners, would be tremendous if you can provide them with good primary care. That, of course, must include education and prevention, which you have alluded to in your remarks, to prevent some of the complicated diseases.

I think women's health, however, is an issue that could get badly lost when health resources are scarce. Do you have a special women's health program, Ms. Pate?

Ms. Pate: We do not have a special women's health program in our organization, largely because of lack of resources. Mine is a two-woman office. Across the country for every staff member, we have approximately 30 to 40 volunteers.

In the past, we have partnered with the Canadian Mental Health Association and the Canadian Public Health Association to do some initiatives around community-based health initiatives and preventive initiatives. We have tried to put some pressure on the correctional services for that. Although there is the legislative responsibility, the reality is that often, in the prisons themselves, very little of that preventive work is done. It is often done by outside groups.

For women, for instance, the Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network goes into the prisons and provides early intervention, preventive work and basic information for people in the institution. They have done a tremendous job in providing education. Linked to that group, are some peer health educators who have taken it upon themselves to get more information, particularly to some of the Aboriginal women, concerning diabetes and other health issues. Generally, there is not much preventive information available. We try to provide it through our network, but it is sorely lacking. Even some of the

La structure de notre organisation comprend deux petites équipes soignantes au sein de nos établissements. Ces équipes relèvent de nos bureaux régionaux qui, à leur tour, me présentent des rapports, au bureau principal.

Par exemple, l'attention que nous portons à la réduction des méfaits est principalement axée sur les maladies contagieuses. Nous avons des programmes d'éducation par les pairs. Lorsque les délinquants arrivent, ils sont renseignés, dans le cadre de l'évaluation mentionnée par mon collègue, sur la façon d'éviter des maladies transmissibles sexuellement et par le sang. Nos établissements sont dotés d'équipements de réduction des méfaits. Nous étudions l'utilisation de produits, comme la méthadone, pour réduire la consommation des drogues.

Il est évident qu'au fur et à mesure que nous cernons mieux les besoins, nous pourrions mieux concevoir nos programmes. Nous évaluons notre travail dans ce domaine et nous faisons des progrès.

Le sénateur Keon : Mes félicitations pour les soins primaires que vous dispensez en matière de santé. Nous n'avons pas réussi à faire cela à l'extérieur des prisons. Nous avons omis de le faire à nos risques et périls. Je vous félicite de continuer dans cette voie.

Si vous pouvez prodiguer de bons soins primaires aux détenus, les avantages seront énormes, même pour eux me semble-t-il. Cela devra inclure, bien sûr, l'éducation et la prévention que vous mentionnez dans votre déclaration afin d'éviter certaines maladies graves.

Je pense, toutefois, que la cause de la santé des femmes pourrait être vraiment perdue quand les ressources en santé sont rares. Avez-vous un programme particulier sur la santé des femmes, madame Pate?

Mme Pate : Notre organisation n'a pas de programme particulier sur la santé des femmes, surtout à cause du manque de ressources. Le personnel du bureau où je travaille est composé de deux femmes. À travers le pays, pour chaque membre du personnel, il y a environ 30 à 40 bénévoles.

Dans le passé, nous avions un partenariat avec l'Association canadienne pour la santé mentale et l'Association canadienne de santé publique dans des initiatives portant sur la santé au niveau communautaire et des initiatives concernant la prévention. Nous avons essayé d'exercer un peu de pression sur le Service correctionnel à cet égard. En dépit de la responsabilité législative, la vérité est que souvent très peu de prévention est offerte dans les prisons. Et ce sont souvent des groupes extérieurs qui fournissent ce service.

Par exemple, pour les femmes, Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network visite les prisons et fait des interventions précoces, de la prévention et fournit de la documentation de base aux détenues. Ce groupe a fait un travail remarquable au niveau de l'éducation. Des éducateurs-pairs en santé, associés à ce groupe, ont pris l'initiative de communiquer plus de renseignements, particulièrement à des femmes autochtones, sur le diabète et d'autres problèmes médicaux. De manière générale, il n'y a pas beaucoup d'informations sur la prévention, nous essayons d'en fournir par notre réseau, mais elles font cruellement

harm reduction initiatives have not been accepted within the prison setting, even though they were recommended by the *Report of the Expert Committee on AIDS and Prisons*. Some of the public health recommendations are seen as probably too diverse in terms of meeting the needs of individual prisoners and providing a wide array of services.

Also, some health professionals I have spoken to — and I have been participating in training initiatives — have indicated they do not want to work in a prison environment because of the limitations placed on things like being able to do preventative health care. I have no doubt of the good intentions of anyone working in the area; but when it comes to resources, not surprisingly, keeping people in prison is the first priority in terms of protecting society. From there, the resources to provide additional supports are much more limited, in our experience.

Ms. MacLean: We do not have special programming for women's physical health services. We know, again based on the analysis done for us, that they are accessing health services and medication at a much higher rate.

In the women's mental health area, we have been working for several years to integrate our programming and mental health services. We have the structured living environment for minimum- and medium- security women, where there is a communal living concept with staff on the unit who have mental health training. The staff provides dialectical behaviour therapy. We are looking at it right now to ensure we are implementing it consistently and it meets the women's' needs. I can also speak of adaptation we have done in the area of Aboriginal health programming.

Ms. Pate: Tragically, the individuals with the greatest need are often placed into segregation, not into those units, because they are geared toward minimum and medium security. Those with the greatest mental health issues are the hardest to manage in a prison, so they often end up in the isolation units. We saw that, not with older persons but with a very young one, in the death of Ashley Smith recently.

Senator Keon: Tell me about your connectivity. The health system in Canada is still not organized at the community level the way it should be. I dream about the day that it happens. Where it is reasonably well organized at the community level and where you can identify integrated health and social service programs and facilities, have you a method for connecting to them?

Ms. MacLean: We have been investing new resources over the last while, Senator Keon. One area is mental health, for which we have five-year short-term funding to help us to do a better job of discharge planning and support for people while in the community. We have invested in intensive psychiatric services, training parole workers and providing psychiatric nurses and social workers with information on how to support discharged inmates. We are working to have an integrated discharge-planning model on the health side where, as you say, we

défait. Même si le *Rapport du Comité d'experts sur le sida et les prisons* les recommande, certaines initiatives en matière de réduction des méfaits n'ont pas été acceptées dans le système carcéral.

Je ne mets nullement en doute, la bonne foi de toutes les personnes qui travaillent dans ce secteur; mais lorsqu'il s'agit de ressources, il n'est pas étonnant que garder les gens en prison est la première priorité pour protéger la société et pour cette raison, les ressources visant des soutiens complémentaires sont beaucoup plus limitées, c'est ce que nous avons constaté.

Mme McLean : Nous n'avons pas de programme particulier sur la santé physique des femmes. Nous savons, suite à une analyse faite pour nous, que de plus en plus de femmes utilisent les services de santé et les médicaments.

Nous travaillons depuis plusieurs années dans le domaine de la santé mentale des femmes pour intégrer nos programmes et nos services de santé mentale. Le milieu de vie structuré pour les détenues de niveaux de sécurité minimal et moyen offre un concept de vie communautaire avec un personnel qui a suivi une formation en santé mentale. Le personnel assure une thérapie comportementale dialectique. Nous l'étudions actuellement pour nous assurer de la mettre en œuvre invariablement et aussi qu'elle réponde aux besoins des femmes. Je peux aussi mentionner l'adaptation que nous avons faite dans le cadre des programmes de santé applicables aux Autochtones.

Mme Pate : Malheureusement, les personnes qui ont les plus grands besoins sont souvent mises en isolation et ne vivent pas dans les unités d'habitation que l'on trouve dans les établissements à sécurité minimale et moyenne. Les personnes atteintes des troubles mentaux les plus graves sont les détenues les plus difficiles à gérer en prison, alors elles finissent souvent par être isolées. Nous l'avons constaté, pas chez une personne âgée, mais une personne très jeune, avec la mort récente de Ashley Smith.

Le sénateur Keon : Renseignez-moi sur votre connectivité. Le système de santé au Canada n'est pas encore organisé au niveau de la collectivité comme il devrait l'être. Je rêve du jour où il le sera. Où il est relativement bien organisé au niveau communautaire et où vous pouvez identifier des installations et des programmes intégrés de soins de santé et de services sociaux, de quelle manière procédez-vous pour les contacter?

Mme McLean : Nous avons investi dans de nouvelles ressources ces derniers temps, monsieur le sénateur Keon. La santé mentale est l'un de ces secteurs pour lesquels nous avons un financement sur une période de cinq ans pour améliorer la planification des sorties et l'aide aux personnes quand elles sont dans la collectivité. Nous avons investi dans des services de psychiatrie intensive, dans la formation des surveillants de libération conditionnelle et dans la communication de renseignements aux infirmiers psychiatriques et aux travailleurs

need to be working with the community to ensure that when people are discharged, they are not suddenly without a physician to continue prescribing the appropriate medication. We are focusing resources in those two areas. We are quite aware that just as health can contribute to someone's successful reintegration, if we have not helped to build those links then it becomes harder for people to do it themselves.

Mr. Toller: In terms of connectivity in this context, it is important to understand that when an inmate needs medical treatment at a local hospital, there is provision for medical escorted temporary absences, sometimes for long periods of time at any time during a sentence. We have an array of inmates receiving dialysis and other specialized treatments in local hospitals. We have access to all of the specialized services, including the same wait times experienced by other people. We bring the community inside as well as when they come back outside.

Mr. Sapers: The question you asked sent my mind racing in all directions. My office receives between 7,000 and 8,000 complaints or inquiries from the inmate population every year. For at least the last six years, health care concerns have topped the list. The primary complaints deal with access, continuity and quality of health care.

The Correctional Service of Canada tries very hard to deal with those needs but many operational realities occur that confound them. It is not for a lack of trying or a lack of awareness. For example, while there is opportunity to link to outside community-based health care services, operational demands of security might get in the way. Therefore, although an outside visit to a hospital or health care provider may be scheduled, an incident in the institution or staff rotation schedules might preclude the availability of an escort. We receive complaints about delays or cancellations concerning long-standing appointments. As you can imagine, that starts the clock over again in the wait to access specialists in the community.

The connectivity you mentioned makes me think about many of the reports I have read from boards of inquiry called to investigate a significant incident, usually a death, in an institution. The reports talk about the difficulty with paperwork following the inmate, or patient, from place to place. The kind of continuity issues you would experience in a community from hospital to hospital or provincial jurisdiction to provincial jurisdiction also takes place in the correctional setting. Even within the rather closed system of correctional services, just getting the paperwork to follow the inmate to ensure continuity in medication is difficult. Some of the difficulties that we have seen include overmedication,

sociaux psychiatriques sur la façon d'aider les détenus élargis. Nous travaillons sur un modèle de planification des sorties intégré au secteur de la santé ou, comme l'avait dit, nous devons travailler avec la collectivité pour assurer que lorsque les gens sont élargis, ils ne se trouvent pas soudainement sans un médecin dont ils ont besoin pour continuer à prescrire les médicaments appropriés. Nous axons nos ressources dans ces deux domaines. Nous savons pertinemment que même si la santé peut contribuer à la réussite de la réinsertion sociale de quelqu'un, si nous n'avions pas aidé à établir ces liens, il aurait été plus difficile pour les gens de le faire tout seuls.

M. Toller : Dans le contexte de l'établissement des liens entre les différents centres de services, il est important de comprendre qu'une disposition prévoit, lorsqu'un détenu doit suivre un traitement dans un hôpital local, des permissions de sortir à des fins médicales, parfois pour longtemps, et ce, à n'importe quel moment de la peine. Nombreux sont les détenus traités par dialyse ou qui reçoivent d'autres traitements spécialisés dans des hôpitaux locaux. Nous avons accès à tous les services spécialisés, même les périodes d'attente que connaissent les autres personnes. Nous utilisons les services de la collectivité aussi bien à l'intérieur des établissements qu'à l'extérieur.

M. Sapers : La question que vous posez m'a fait réfléchir à des tas de choses. Mon bureau reçoit annuellement de 7 000 à 8 000 plaintes ou demandes envoyées par la population carcérale. Depuis au moins six ans, les préoccupations en matière de soins de santé y figurent. Les plaintes portent principalement sur l'accès, la continuité et la qualité des soins de santé.

Le Service correctionnel du Canada s'efforce de répondre à ces besoins, mais il n'y arrive pas à cause de nombreuses réalités opérationnelles. Ce n'est pas faute d'avoir essayé ou à cause d'un manque de sensibilisation. Par exemple, bien qu'il soit possible d'utiliser les services de soins de santé offerts dans les collectivités, les demandes opérationnelles en matière de sécurité peuvent y faire obstacle. Par conséquent, même si une visite à un hôpital ou à un fournisseur de soins à l'extérieur peut être projetée, un incident se produisant dans l'établissement ou le changement d'équipe du personnel peut empêcher qu'une escorte soit disponible. Nous avons reçu des plaintes au sujet des reports ou des annulations de rendez-vous pris longtemps à l'avance. Comme vous pouvez l'imaginer, cela veut dire qu'il faut recommencer au bas de la liste d'attente pour consulter des spécialistes dans les collectivités.

L'établissement des liens entre les centres de services que vous avez mentionnés me fait penser à beaucoup de rapports que j'ai lus, rapport faits par des commissions d'enquête chargées d'enquêter un incident grave, généralement une mort, dans un établissement. Les rapports mentionnent les difficultés du transfert de la paperasserie quand le détenu ou le patient va d'un endroit à un autre. Les problèmes continuels qui existent au sein d'une collectivité d'un hôpital à un autre ou d'une compétence provinciale à une autre compétence provinciale existent aussi dans le milieu correctionnel. Même dans le système plutôt fermé des services correctionnels, il est difficile

lack of medication and delays in access to psychiatrists so prescriptions can be maintained. Those things happen with an alarming frequency in the correctional setting.

We need to look at corrections on a national level to determine what can be done about those problems. People move from provincial remand centres to federal correctional facilities, sometimes missing some of those connectivity dots you mentioned. People move from one kind of correctional facility to another within the correctional setting. For example, an inmate might move back to a remand centre when going to a new trial based on an appeal. There are many opportunities for the provision of health care to be interrupted. It is a very significant issue that you raise.

Senator Cordy: This is a fascinating topic. I agree with others who have said that the issues related to seniors in the penal system are not addressed often enough.

Mr. Sapers, I was quite interested in your suggestions, in particular the one about allowing those who are terminally ill to be eligible for parole on compassionate grounds. I am thinking of those who have served a lengthy sentence and are elderly and do not present a threat to public safety. That recommendation makes sense to me.

Mr. Toller, you spoke to the issue of short-term medical absences. Is this recommendation or suggestion moving forward?

Ed McIsaac, Executive Director, Office of the Correctional Investigator: The common sense aspect of the recommendation should be attributed to the parliamentary subcommittee that made the recommendation.

Currently, we have provisions within the Corrections and Conditional Release Act, specifically in the areas of parole that limit the decision-makers in terms of the options available to them for offenders suffering from long-term or terminal illness. The result is that they spend time in the institution in a state of either chronic care or under palliative care and are not released until their condition gets to the stage where they are transferred to a hospital and eventually die.

The ability to transfer out of the institution or parole individuals who are in that condition speaks in part to the relationship that the institutional programming has with the programming provided in the communities. There are difficulties in linking the care of offenders internally to their eventual external care. These difficulties were identified by the internal study completed by the CSC more than a decade ago and restated in the report with respect to the health care needs of federal offenders. As it stands, we have a lesser link there than we would like to have. The current legislation has provisions that limit the

de faire suivre la paperasserie d'un détenu pour qu'il puisse continuer à prendre des médicaments. La surconsommation de médicaments, le manque de médicaments et les longues périodes d'attente pour consulter des psychiatres afin de prolonger les ordonnances font partie des problèmes que nous avons constatés. Ce genre de choses se produit à une fréquence alarmante dans le milieu carcéral.

Nous devons examiner les services correctionnels à l'échelon national pour déterminer ce qui peut être fait pour régler ces problèmes. Des personnes sont transférées des établissements provinciaux de détention provisoire à des organismes correctionnels fédéraux, et quelquefois elles ratent certains centres de service que vous avez mentionnés. Les gens sont transférés d'un type d'organisme correctionnel à un autre au sein du milieu correctionnel. Par exemple, un détenu peut être envoyé dans un établissement de détention provisoire pour assister à un nouveau procès suite à un appel. Les possibilités d'interruption de la prestation des soins de santé sont nombreuses. La question que vous avez soulevée est très importante.

Le sénateur Cordy : Ce sujet est fascinant. Je rejoins les propos des autres personnes qui ont dit que les problèmes des personnes âgées dans le système carcéral ne sont pas suffisamment abordés.

Monsieur Sapers, vos suggestions m'ont beaucoup intéressé, en particulier celle visant l'admissibilité des détenus en phase terminale à la mise en liberté sous condition pour des motifs d'ordre humanitaire. Je pense aux détenus ayant purgé une longue peine, qui sont âgés et qui ne présentent pas de danger pour la sécurité publique. Cette recommandation me paraît logique.

Monsieur Toller, vous avez mentionné la question de courtes permissions de sortir à des fins médicales. Est-ce que cette recommandation ou suggestion a été prise en compte?

Ed McIsaac, directeur exécutif, Bureau de l'Enquêteur correctionnel : Le mérite de l'aspect logique de la recommandation revient au sous-comité parlementaire qui a fait cette recommandation.

La Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition contient actuellement des dispositions, particulièrement en ce qui concerne la libération conditionnelle, qui limitent les options offertes aux décideurs à l'égard des délinquants souffrant de maladies de longue durée ou de maladies terminales. Le résultat est qu'ils sont dans un établissement et reçoivent soit des soins aux maladies chroniques soit des soins palliatifs et ils ne sont libérés que lorsque leur état de santé demande une hospitalisation et ils meurent éventuellement.

La capacité de transfert hors de l'établissement, les libérés conditionnels qui sont dans cet état sont une indication des rapports entre les programmes pénitentiaires et les programmes des collectivités. Il y a des difficultés au niveau des rapports entre les soins offerts aux délinquants à l'intérieur des établissements et les soins éventuels qu'ils reçoivent à l'extérieur. Ces difficultés ont été identifiées dans une étude interne faite par le SCC, il y a plus de 10 ans, et elles ont été incluses dans le rapport sur les besoins en matière de soins de santé des délinquants sous responsabilité fédérale. À l'heure actuelle, les rapports ne sont pas aussi étroits

options of both the Correctional Service of Canada and the National Parole Board to act on what would appear to be very reasonable and compassionate grounds to release offenders.

Mr. Toller: We are talking about parole by exception that would include inmates not in the two categories we have mentioned who would not yet be eligible for parole by exception.

As Mr. McIsaac pointed out, lifers are exempted. Within that group, as you mentioned it could be short term. A lifer at any time in the sentence could be subjected to long-term medical escorted temporary absences. In some cases, it could be during a terminally ill situation. That means they are in a hospital and under escort. In such situations, we look to expanded visits from family members in this particular environment, but it is unlimited for medical escorted absences. There will come a time when lifers and all others in those categories will be eligible for parole. There are other options depending on where it sits in their sentence for consideration for release. The parole by exception deals with those who have not yet attained their parole eligibility dates. That is an important point for your deliberations.

Senator Cordy: I also read there are a lot of older inmates eligible for parole that are being overlooked and not being paroled.

Mr. Sapers: I think the point you are making is that there are offenders who are being released later and later in their sentence. Increasingly, offenders are being released through statutory release, that is, after two-thirds of their sentence has been served. Therefore, they are not getting the benefit of earlier conditional release through day parole or full parole. There are many reasons of that. They may be considered too high-risk. They may have had a hearing and the parole board does not consider them to be a manageable risk in the community. Increasingly, we are seeing parole hearings waived, postponed or not even applied for. This concerns me. Many of those are coming from offenders who have also had delayed participation in programs. They are not getting the support from their institutional team or their institutional parole officer to apply for parole. Many of these offenders may have substance abuse problems or mental health problems and they are aging.

This becomes troubling because these offenders who may have greater needs are the ones who are not getting the benefit of early access to programs. It is a vicious cycle: they do not get into the program, parole is delayed and they get out into the community without the benefit of good correctional intervention. However, they also have shorter periods of supervision once in the

que nous le souhaiterions. La loi en vigueur contient des dispositions qui limitent les options offertes au Service correctionnel du Canada et à la Commission nationale des libérations conditionnelles pour libérer des délinquants pour des motifs d'ordre humanitaire qui sembleraient très raisonnables.

M. Toller : Nous parlons de libération conditionnelle accordée à titre exceptionnel qui inclurait des détenus, autres que ceux des deux catégories que nous avons mentionnées qui ne seraient pas encore admissibles à la libération conditionnelle accordée à titre exceptionnel.

Comme M. McIsaac l'a souligné, les condamnés à perpétuité en sont exemptés. Dans ce groupe, comme vous l'avez dit, ce pourrait être à court terme. Un condamné à perpétuité peut, à n'importe quel moment de sa peine, obtenir de longues permissions de sortir avec escorte à des fins médicales. Dans certains cas, ce pourrait être en cas de maladie terminale. Cela veut dire que les détenus sont à l'hôpital avec une escorte. Dans de telles situations, nous invitons les membres de la famille à faire de longues visites à l'hôpital, mais les permissions de sortir à des fins médicales sont illimitées dans le temps. Un jour, les condamnés à perpétuité et tous les autres détenus de ces catégories seront admissibles à la libération conditionnelle. D'autres options sont offertes en fonction de l'évaluation en vue de la mise en liberté. La libération conditionnelle accordée à titre exceptionnel vise les détenus pour lesquels les dates d'admissibilité à la libération conditionnelle n'ont pas été encore atteintes. C'est un point dont il faut vraiment tenir compte dans vos délibérations.

Le sénateur Cordy : J'ai aussi lu que beaucoup de détenus âgés et admissibles à la libération conditionnelle sont ignorés et ne sont pas mis en liberté sous condition.

M. Sapers : Je crois que vous voulez dire que des délinquants sont libérés très tardivement. De plus en plus de délinquants bénéficient d'une libération d'office, c'est-à-dire, après avoir purgé les deux tiers de la durée de leur peine. Par conséquent, ils n'obtiennent pas une mise en liberté sous condition anticipée par le biais d'une semi-liberté ou une libération conditionnelle totale. Il y a plusieurs raisons à cela. Ils sont peut-être considérés comme trop dangereux. Ils ont peut-être eu une audience et la Commission nationale des libérations conditionnelles ne juge pas qu'ils sont un risque gérable dans la collectivité. Des audiences de libérations conditionnelles sont de plus en plus annulées, reportées ou même pas demandées. Cela me préoccupe. Un grand nombre de ces demandes sont faites par des délinquants qui ont aussi rejoint tardivement les programmes. L'équipe qui étudie leur cas ou leur agent de libération conditionnelle en établissement ne les aident pas à demander une libération conditionnelle. Un grand nombre de ces délinquants peuvent avoir des problèmes d'abus d'alcool ou d'autres drogues, et ils vieillissent.

Cela devient troublant, car les délinquants qui ont peut-être les plus grands besoins sont ceux qui n'accèdent pas rapidement aux programmes. C'est un cercle vicieux : ils n'accèdent pas au programme, la libération conditionnelle est reportée et ils se retrouvent dans la collectivité sans avoir été bien aidés par les services correctionnels. Ils sont, cependant, surveillés moins

community. You layer on top of that either chronic health issues or mental health issues and you do not have a good recipe for success.

I think the number right now in the correction service is about 150 older offenders who are past their parole eligibility dates. We would have to look at each one cases and determine why that is. Some of them may not be considered manageable. For the majority of them, their parole may never have been considered.

Senator Cordy: Offenders who are paroled and sent out into the community after they have been in the system for a long period of time always have an adjustment period. You provided statistics about the number of inmates who have mental health issues within the system.

When they are paroled, are programs set up to help them within the community or are they on their own?

Mr. Toller: To a great extent, the preparation for return to the community begins on the day of sentencing. When an individual comes into the system, we look at their individual needs and causative factors that may have led them to become involved in a criminal lifestyle. Is it impulsivity, anger management, education or lack of employment skills?

Within the institutions, we look at those areas and furnish programs to improve in those areas to reduce crime. There are provisions in the earlier stages of a sentence for escorted temporary absences, work release programs and unescorted temporary absences. With day parole eligibility, we would look to support from agencies such as the Elizabeth Fry Society, the John Howard Society plus an array of volunteers that come in to see what can be done through supportive communities. Community assessments are done with family on the outside and other agencies or groups that may need some level of support.

As Mr. Sapers points out, there are inmates, despite eligibility for parole that pose such a significant risk to public safety that they would not be released and stay until the last day of their sentence. However, there is a continuum to provide support right through all the stages.

Ms. Pate: It is important to point out that continuum exists in some respects more on paper than in reality. Aside from the good intentions of people around this table and many in CSC, I know of one work release in the last three prisons I have visited.

Mr. Sapers talked about passes to receive health care outside the institution being cancelled. That has been an issue in every institution I have visited in the last six months. In two prisons I visited over the past two weeks, women were coming to me asking for help to intervene. There was the perception there would be

longtemps une fois dans la collectivité. Ajoutez à cela, des problèmes de maladies chroniques et de santé mentale et la recette n'est pas bonne pour la réussite.

Je crois qu'aujourd'hui, dans le Service correctionnel, environ 150 délinquants âgés ont dépassé leurs dates d'admissibilité à la libération conditionnelle. Il faudrait examiner chacun de ces cas pour déterminer pourquoi il en est ainsi. Certains d'entre eux peuvent ne pas être considérés comme traitables. Pour la majorité, la libération conditionnelle peut n'avoir jamais été envisagée.

Le sénateur Cordy : Les délinquants mis en liberté sous condition et envoyés dans la collectivité après avoir passé beaucoup de temps dans le système traversent toujours une période d'adaptation. Vous avez donné des statistiques sur le nombre de détenus atteints de troubles mentaux.

Lorsqu'ils sont mis en libération conditionnelle, y a-t-il des programmes en place pour les aider au sein de la collectivité ou sont-ils laissés à eux-mêmes?

M. Toller : Dans une grande mesure, la préparation pour la réintégration de la société commence le jour où la sentence est prononcée. Lorsqu'une personne entre dans le système, nous examinons ses besoins personnels et les facteurs qui ont pu l'amener à adopter un mode de vie criminel. S'agit-il d'un problème d'impulsivité, de gestion de la colère, d'éducation ou d'absence de compétences de travail?

Dans les établissements, nous examinons ces questions et fournissons des programmes pour apporter des améliorations de manière à réduire la criminalité. Au cours des premiers stades de l'incarcération, il y a des dispositions pour les permissions de sortir avec escorte, le programme de placement à l'extérieur et les permissions de sortir sans escorte. Avec l'admissibilité à la semi-liberté, nous cherchons à avoir de l'appui d'organismes comme la société Elizabeth Fry, la société John Howard ainsi que d'une variété de volontaires qui viennent voir ce que l'on peut faire par le biais des communautés de soutien. Les enquêtes communautaires sont effectuées avec les familles à l'extérieur et d'autres organismes ou groupes qui peuvent avoir besoin d'un certain degré de soutien.

Comme l'a signalé M. Sapers, il y a des détenus qui, malgré leur admissibilité à la liberté conditionnelle, constituent un danger si important pour la sécurité publique qu'ils ne seraient pas libérés et qu'ils purgeraient leur peine jusqu'à la fin. Toutefois, il y a un continuum pour assurer un soutien pendant tous les stades de l'incarcération.

Mme Pate : Il est important de signaler qu'à certains égards, ce continuum existe davantage sur papier que dans la réalité. À part les bonnes intentions des gens assis autour de cette table et de nombreuses personnes de SCC, je ne connais qu'un seul cas de placement à l'extérieur dans les trois dernières prisons que j'ai visitées.

M. Sapers a parlé des laissez-passer pour les soins de santé à l'extérieur de l'établissement qui étaient annulés. Cela a été un problème dans tous les établissements que j'ai visités au cours des six derniers mois. Dans deux établissements que j'ai visités au cours des deux dernières semaines, des femmes sont venues me

labour unrest, therefore passes were cancelled and appointments missed. We succeeded in negotiating to get one woman sent back out and upon arriving at the hospital, they said, what are you doing sending the woman here, the appointment was yesterday.

A lot of this exists on paper. The reality, too often, is the practical follow through is not there despite all the best intentions. That is why our organization and others, such as the Disabled Women's Network Canada, are pushing for resources to be developed in the community. As Senator Keon pointed out, they are not necessarily available in the community now, but it is better to shore up what is available in the community and use the resources that already exist to get prisoners into those community-based services than in trying to replicate them in a less than satisfactory way in the prison system.

[Translation]

Senator Chaput: Thank you, Madam Chair. What is the annual cost of all correctional services in Canada? And what is the average cost per inmate?

Mr. Toller: For health care only?

Senator Chaput: No, for correctional services.

Ms. MacLean: Federal and provincial?

Senator Chaput: Yes.

Ms. MacLean: We will have to provide you with that information later. The details are in the report we have tabled, but we could send you a written reply.

For the Correctional Service of Canada, it is \$1.9 billion. And with the figures that we have given you today, we can do the math. Of course, because of economies of scale, it is also different for male and female offenders. We can break it all down and provide you with the provincial portion.

Senator Chaput: Given that budgets are tight — we are all in the same situation — do you consider training your staff in aging as a priority? After all, in your institutions, you are also dealing with an aging population of offenders. Someone mentioned the Peer Care Assistance and Review Program. Have you considered training those people? It is excellent that younger people are providing help to those who need it.

Ms. MacLean: I can begin the answer and my colleague can continue it. First, staff training is fundamental to how we operate as a correctional service. We have national standards and, each year, employees must complete the annual training required for their type of work. For example, right now, we are improving our training in mental health, not just for health care professionals

demandeur d'intervenir. On a craint qu'il y ait de l'agitation ouvrière, par conséquent, les laissez-passer ont été annulés et des rendez-vous ont été manqués. Par la négociation, nous sommes parvenus à obtenir qu'une femme soit retournée à l'extérieur et à son arrivée à l'hôpital, on a demandé pourquoi nous avions envoyé cette femme ici, parce que son rendez-vous était la veille.

Beaucoup de tout cela n'existe que sur papier. Trop souvent, la réalité, c'est que le suivi pratique n'est pas là malgré toutes les bonnes intentions. C'est pourquoi notre organisme et d'autres, comme le Réseau d'action des femmes handicapées du Canada, font des pressions pour que les ressources soient développées dans la collectivité. Comme l'a signalé le sénateur Keon, elles ne sont pas nécessairement disponibles dans la collectivité maintenant, mais il est préférable de renforcer ce qui est disponible dans la collectivité et d'utiliser les ressources qui existent déjà pour donner accès à ces services communautaires aux détenus plutôt que d'essayer de le reproduire de manière moins que satisfaisante dans le système carcéral.

[Français]

Le sénateur Chaput : Merci, madame la présidente. Quels seraient les coûts annuels de tous les services correctionnels au Canada? Et quel serait le coût moyen par détenu?

M. Toller : Pour les services de santé seulement?

Le sénateur Chaput : Non, pour les services correctionnels.

Mme MacLean : Au fédéral et au provincial?

Le sénateur Chaput : Oui.

Mme MacLean : On devra vous fournir ces informations plus tard. On a le détail dans le rapport qu'on a déposé, mais on peut vous fournir une réponse par écrit.

Pour le Service correctionnel du Canada, au fédéral, c'est 1,9 milliard de dollars. Et avec les montants qu'on vous a donnés aujourd'hui, on peut faire le calcul. Évidemment, à cause des économies d'échelle, c'est aussi différent entre les femmes détenues et les détenus masculins. On peut tout préciser et vous donner l'élément provincial.

Le sénateur Chaput : Étant donné les budgets limités — nous sommes tous dans la même situation —, est-ce que vous avez donné la priorité à la formation de votre personnel pour ce qui est du vieillissement, puisque vous y faites face aussi, dans les institutions, à une population de détenus qui vieillit de plus en plus? Quelqu'un a mentionné le Peer Care Assistance and Review Program. Avez-vous considéré la formation de ces gens? C'est excellent que les plus jeunes aident ceux qui en ont besoin.

Mme MacLean : Je peux commencer à répondre et mon collègue pourra poursuivre. D'abord, la formation de notre effectif, c'est notre base de fonctionnement comme service correctionnel. On a des standards au niveau national et il faut que chaque employé, d'après le genre de travail, complète chaque année la formation exigée. Par exemple, en ce moment, nous

but also for correctional officers. We really must create an integrated, multidisciplinary team.

As to offender training, as Mr. Sapers mentioned, we have established a program in which offenders help other offenders. In health care, we prefer that the training is also provided by peers. For example, Aborigines have their own program.

Senator Chaput: But you do not have a specific program for women's health, if I understand correctly?

Ms. MacLean: Our program for women deals rather with mental health. Given the factors I mentioned earlier and the higher demand from women compared to men, we are in fact presently studying whether we should also be addressing physical requirements.

[English]

The Chair: On average, how many people die in our federal institutions in a given year?

Mr. Toller: Are asking based on age, by suicide or on the average?

The Chair: No, I am simply asking how many die in prison each year.

Mr. Toller: Fifty or 60 a year, on average, die in prison.

Mr. Sapers: It is about one per week on average. Suicides account for roughly a dozen of those deaths. We also know that the highest-risk period is immediately post-incarceration; that first initial period after release is high risk. As I said, I think there is a relationship between the deaths by natural causes and some of the health care concerns raised in my office.

The Chair: We talked about the need for resources. We are interested in this particular issue because, although we know the problems of aging are municipal, provincial and federal, federally-incarcerated inmates are entirely the responsibility of the federal government. This is, after all, a federal committee. When we talk about resources, clearly we are saying we need more money, more expertise, et cetera, from the federal budget. However, in listening to all of you, it seemed to me that you had a significant area where you could find resources from within. Why are these elderly, disabled people still living in medium and maximum-security institutions? Clearly they are not a danger to anybody except perhaps themselves since they are so incapacitated. Why are they not living in minimum security facilities?

sommes en train d'améliorer notre formation pour la santé mentale, non seulement pour les professionnels de la santé, mais également pour les agents de correction. Nous devons vraiment mettre en valeur une équipe intégrée et multidisciplinaire.

En ce qui concerne la formation donnée aux détenus, comme M. Sapers l'a mentionné, on a mis sur pied un programme où ce sont les détenus qui appuient les autres détenus. Dans le domaine de la santé, on voudrait que ce soit également les pairs qui donnent la formation aux autres. Par exemple, pour les Autochtones, on a un programme qui leur est propre.

Le sénateur Chaput : Mais vous n'avez pas de programme spécifique pour la santé de la femme, si je comprends bien?

Mme MacLean : Notre programme pour les femmes vise plutôt les problèmes de santé mentale. Compte tenu des facteurs que j'ai mentionnés plus tôt et de la demande élevée chez les femmes, par rapport à celle chez les hommes, nous examinons justement s'il faudrait adresser également les besoins sur le plan physique.

[Traduction]

La présidente : En moyenne, combien de gens meurent dans les établissements fédéraux dans une année?

M. Toller : À cause de l'âge, par suicide ou en moyenne?

La présidente : Non, je demande simplement combien meurent en prison chaque année.

M. Toller : Entre 50 et 60 détenus meurent en prison, en moyenne, par année.

M. Sapers : En moyenne, c'est environ un par semaine. Les suicides interviennent pour environ 12 de ces décès. Nous savons également que la période à haut risque, c'est immédiatement après l'incarcération; cette période initiale après la libération comporte des risques élevés. Comme je l'ai dit, je pense qu'il y a une relation entre les décès dus à des causes naturelles et certaines des préoccupations en matière de soins de santé soulevées par mon bureau.

La présidente : Nous avons parlé des besoins en ressources. Nous nous intéressons à cette question particulière parce que, bien que nous sachions que des problèmes liés au vieillissement se font sentir chez tous les détenus au niveau municipal, provincial et fédéral, les détenus incarcérés au fédéral relèvent entièrement de la responsabilité du gouvernement fédéral. Après tout, nous sommes un comité fédéral. Lorsque nous parlons de ressources, nous disons clairement que nous avons besoin de plus d'argent, de plus d'expertise, « et cetera », dans le budget fédéral. Toutefois, en vous écoutant tous, il me semble que vous avez tout un secteur où vous pourriez trouver des ressources à l'intérieur. Pourquoi ces personnes âgées et handicapées vivent-elles encore dans des établissements à sécurité moyenne et maximale? Il est clair qu'elles ne représentent un danger pour personne sauf peut-être elles-mêmes puisqu'elles sont à ce point handicapées. Pourquoi ne vivent-elles pas dans des pénitenciers à sécurité minimale?

Mr. Toller: I know that a comment was made and there may be some specifics that need to be looked at. The mobility capacity of any inmate is a factor but not the overarching factor of the capacity to live in minimum security. We ask ourselves questions such as: Is it possible for a person with some mobility impairment to leave that facility? Is it possible, with some external help? We look at escape risk factor, institutional adjustment, potential public safety concerns and other things. Mobility is only one factor considered in terms of transfer.

Again, without having some kind of level of specific example, it is hard to really comment. Nowhere could we ever say that by the mere nature of this, that that would translate into a minimum security until all the factors are considered.

Ms. Pate: There is only one minimum-security institution for women in this country. CSC is attempting to close that facility and the woman inmates, most of whom are older, are trying to keep it open.

Often the way women are classified to maximum security is via institutional adjustment. That is often hidden in the issue of institutional adjustment and is not addressed. People with mental health issues or issues like suicide or self-harm, often end up in those institutions because they are not adjusting well. In my experience, it is important they are crucially linked to that kind of access.

I do not know of any aging women that CSC would say are an ongoing risk to the community. If I am wrong, I will stand corrected but I do not know of any aging woman who would fit in that category who could not, as you have identified, fit into an alternate setting.

It is something of an issue with cost. Currently, the cost is \$185,000 per year, on average, to keep a woman behind the walls of a medium security setting. That cost rises to \$250,000 and higher if they are in a maximum security or segregation institution. Currently, minimum security is also that costly because they have not allowed the women to transfer there while they are trying to close it. The numbers are quite high.

The Chair: In British Columbia, there was an inmate who applied for parole for health reasons and was denied. He died shortly thereafter because he had significant health problems. Are those the types of things you are trying to address in your recommendation that the CCRA be amended?

Mr. Sapers: Without speaking to that specific case, the answer is "yes." What we are trying to ensure is that parole by exception be applied in the most meaningful and helpful way. The Correctional Service of Canada is going through a number of reviews of the tools and the procedures that it uses in terms of placement and assessment, risk prediction, et cetera. Without

M. Toller : Je sais qu'une observation a été faite et qu'il y a peut-être des détails précis que nous devrions regarder. La mobilité de tout détenu est un facteur, mais pas un facteur déterminant dans un établissement à sécurité maximale. Nous nous posons des questions du genre : est-il possible pour une personne ayant une mobilité restreinte de quitter cet établissement? Est-ce possible, avec une certaine aide de l'extérieur? Nous examinons le facteur relié au risque d'évasion, l'adaptation au milieu carcéral, les préoccupations potentielles en matière de sécurité publique et d'autres éléments. La mobilité n'est que l'un des facteurs pris en considération pour le transfert.

Encore une fois, sans un certain degré de spécificité, il est difficile de commenter. Il n'y a aucun cas où nous pourrions dire qu'à cause de la nature même de cette situation, cela se traduirait par une incarcération dans un établissement à sécurité minimale jusqu'à ce que tous les facteurs aient été pris en considération.

Mme Pate : Il n'y a qu'un seul établissement à sécurité minimale pour les femmes au pays. SCC tente de fermer cet établissement et les femmes détenues, dont la plupart sont âgées, essaient de le garder ouvert.

Souvent, la façon dont les femmes sont classées comme devant être incarcérées dans un établissement à sécurité maximale, c'est par le biais de l'adaptation au milieu carcéral. Cela est souvent caché dans la question de l'adaptation au milieu carcéral et on ne s'occupe pas de cette question. Les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou des problèmes comme la tendance au suicide ou à l'automutilation finissent souvent dans ces établissements parce qu'elles ne s'adaptent pas bien. D'après mon expérience, il est important qu'elles soient liées, de manière cruciale, à ce genre d'accès.

Je ne connais pas une seule femme âgée dont SCC pourrait dire qu'elle est un risque continu pour la collectivité. Corrigez-moi si j'ai tort, mais je ne connais pas une seule femme âgée qui entrerait dans cette catégorie qui ne pourrait pas, comme vous l'avez indiqué, vivre dans un autre milieu.

Cela est lié à la question des coûts. À l'heure actuelle, il en coûte en moyenne 185 000 \$ par année pour garder une femme dans un établissement à sécurité moyenne. Ce coût augmente à 250 000 \$ et plus dans un établissement à sécurité maximale ou dans un établissement séparé. À l'heure actuelle, l'établissement à sécurité minimale est aussi coûteux, parce qu'ils ne permettent pas aux femmes d'y être transférées pendant qu'ils cherchent à fermer cet établissement. Les chiffres sont assez élevés.

La présidente : En Colombie-Britannique, un détenu a fait une demande de libération conditionnelle pour des raisons de santé et sa demande a été refusée. Il est décédé peu de temps après parce qu'il avait des problèmes de santé importants. Est-ce qu'il s'agit du genre de problèmes que vous essayez de résoudre dans votre recommandation voulant que la LSCMLC soit modifiée?

M. Sapers : Sans vouloir parler de ce cas précis, la réponse est oui. Nous essayons de nous assurer que la libération conditionnelle accordée à titre exceptionnel soit appliquée de la manière la plus significative et la plus utile possible. Service correctionnel Canada est en train de réaliser un certain nombre d'examen des outils et des procédures qu'il utilise pour le

getting really weighed down by the details, they need to ensure that the assessment procedures, tools and techniques used are culturally specific, age specific, gender specific, et cetera. In some instances, they have proven not to be.

The kind of release question you were talking about, namely why is an aging offender who is increasingly incapacitated housed in a higher security level is a very complex question. To begin to disassemble it, you have to look at the way the person was originally placed, the kinds of program prescription done and the correctional plan, the kinds of opportunities that were provided to make progress against that correctional plan and a whole host of other operational realities within the correctional setting.

Conversely, what we are seeing is the parole board coming into institutions and releasing individuals from, for example, medium security institutions. Most offenders are housed at medium and most of the conditional releases are from medium security. Some of these same offenders being housed in medium security have been judged to be too high an institutional risk by the Correctional Service of Canada to be moved from a medium to minimum security prison. The Correctional Service of Canada states they are too much of a risk to be managed in a medium security prison, but then the parole board comes in and says they think they are an acceptable risk to be managed in the community. Clearly, there is a disconnect between the two.

The Chair: Honourable senators, I am delighted to welcome our second panel.

Appearing on behalf of the Insurance Bureau of Canada is Mark Yakabuski, and from the Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada, Fleur-Ange Lefebvre. Welcome to you both.

Mark Yakabuski, President and Chief Executive Officer, Insurance Bureau of Canada: Thank you very much, Madam Chair. I am delighted to appear before this committee to address the matter of aging drivers in Canada. I commend you and your colleagues for undertaking the study of this very challenging issue.

The Insurance Bureau of Canada is the national industry association representing Canada's private home care and business insurers. Our member companies represent nearly 95 per cent of the property and casualty insurance market in Canada, an industry that employs over 104,000 Canadians, pays more than \$6 billion in taxes to the federal and provincial governments annually and has a total premium base of \$35 billion, approximately half of which is derived from automobile insurance.

placement, les évaluations, la prévision du risque, « et cetera ». Sans s'embourber inutilement dans les détails, il doit s'assurer que les procédures, les outils et les techniques d'évaluation utilisés sont adaptés à la culture, à l'âge, au sexe, « et cetera ». Dans certains cas, il a été démontré qu'ils ne l'étaient pas.

Le genre de questions sur la libération dont vous parlez, à savoir pourquoi un délinquant vieillissant qui est de plus en plus handicapé est incarcéré dans un établissement à sécurité plus élevée est une question très complexe. Pour commencer à la décortiquer, vous devez examiner la façon dont la personne a été placée initialement, le genre de sélection de programmes qui a été fait et le plan correctionnel, le genre d'occasions qui ont été mises à la disposition du détenu pour qu'il fasse des progrès par rapport à ce plan correctionnel et tout un ensemble d'autres réalités opérationnelles au sein du milieu correctionnel.

De la même manière, ce que nous voyons, c'est la commission des libérations conditionnelles se présenter dans les établissements et libérer des détenus, par exemple, venant d'établissements à sécurité moyenne. La plupart des délinquants sont détenus dans des établissements à sécurité moyenne et la plus grande partie des libérations conditionnelles touchent des détenus provenant de ces établissements. Certains de ces mêmes délinquants qui sont détenus dans des établissements à sécurité moyenne ont été jugés par Service correctionnel Canada comme posant un risque institutionnel trop élevé pour accepter qu'ils soient transférés d'un établissement à sécurité moyenne vers un établissement à sécurité minimale. Service correctionnel Canada affirme qu'ils constituent un risque trop élevé pour être gérés dans un pénitencier à sécurité moyenne, mais la commission des libérations conditionnelles se pointe et dit qu'elle pense que ces détenus constituent un risque acceptable qui peut être géré dans la collectivité. Il est clair qu'il y a une incohérence entre les deux.

La présidente : Honorables sénateurs, je suis heureuse d'accueillir notre deuxième groupe de témoins.

Nous accueillons M. Mark Yakabuski du Bureau d'assurance du Canada et Mme Fleur-Ange Lefebvre de la Fédération des ordres des médecins du Canada.

Mark Yakabuski, président et chef de la direction, Bureau d'assurance du Canada : Merci beaucoup, madame la présidente. Je suis ravi de m'adresser à votre comité pour vous parler de la question du vieillissement des conducteurs au Canada. Je vous félicite, vous et vos collègues, d'avoir entrepris l'étude de cet enjeu des plus fascinants.

Le Bureau d'assurance du Canada est l'association sectorielle nationale qui représente les assureurs habitation, automobile et entreprise du Canada. Nos sociétés membres représentent près de 95 p. 100 du marché de l'assurance de dommages au Canada, une industrie qui compte plus de 104 000 Canadiens à son emploi, paie plus de 6 milliards de dollars en taxes et impôts aux gouvernements fédéral et provinciaux, repose sur un total de primes de près de 35 milliards de dollars, dont environ la moitié provenant de l'assurance-automobile.

At the Insurance Bureau of Canada, we strongly prefer to refer to medically-at-risk drivers, since the issue at hand is not the age of drivers, per se, but the limitations they may face as a result of the onset of medically identifiable conditions.

We understand that there is a correlation between aging and the growing incidence of medical conditions that can undermine one's ability to drive safely. We know, for example that visual acuity diminishes with age and that medical conditions such as dementia or Alzheimer's are more prominent among older populations and significantly impair the cognitive abilities that are essential for the safe operation of a motor vehicle. As well, older drivers are more likely to be on medications and the interaction of various prescriptions can impair cognitive and psychomotor skills.

Because Canada's population is aging, we have to look at the issue of medically-at-risk drivers more closely than ever. As we know, the population of people who are 55 years of age and over is growing faster than any other age group in Canada. In 2005, 12 per cent of our population was 55 year of age or older and this will grow to 25 per cent by 2031.

[Translation]

Even more challenging, the fastest growth in the senior population is among those who are 85 years and older. In 2001, there were 430,000 Canadians in this group, twice the number there were 20 years ago.

Fortunately, many of these Canadians, who have contributed so much to their country, can now live very independent lives, thanks to healthier lifestyles and important advances in medicine.

[English]

It is important to recognize that older drivers, in general, are among the safest drivers on our roads. In fact, the collision rate for drivers between 55 years and 70 years is the lowest of any age group in Canada, bar none. What the data does seem to indicate, however, is that the incidence of medically limiting conditions rises substantially above 75 years of age; in general, drivers of this age or older have a much higher collision rate — one that is very similar to that of young novice drivers. However, we have to be careful not to base our analysis strictly on averages. While the incidence of medically limiting conditions may increase with age, the aging process does not affect all individuals in the same way. Some seniors at 80 years of age are distinctly better drivers than someone who may be only half their age.

We must also recognize that in our society, driving is more than just a privilege; it is a powerful symbol of freedom and independence. The loss of driving privileges can have serious

Au Bureau d'assurance du Canada, nous préférons grandement parler de conducteurs présentant un risque médical puisque ce qui nous préoccupe n'est pas tellement la question de l'âge des conducteurs, mais plutôt les restrictions auxquelles ces derniers peuvent faire face à la suite de l'apparition d'une pathologie médicalement identifiable.

Nous comprenons qu'il y a une corrélation entre le vieillissement et l'incidence croissante de problèmes médicaux qui peuvent entraver la capacité de conduire de manière sécuritaire. Nous savons, par exemple, que l'acuité visuelle diminue avec l'âge. Des maladies telles que la démence et l'Alzheimer se présentent fréquemment chez les aînés et elles affectent largement les fonctions cognitives essentielles à la conduite sécuritaire de véhicules à moteur. Dans le même ordre d'idée, il est fort probable qu'un conducteur plus âgé fasse usage de médicaments et que l'interaction de diverses prescriptions entrave également ses capacités cognitives et psychomotrices.

Le vieillissement de la population au Canada nous amène à évaluer plus que jamais la question des conducteurs présentant un risque médical. Nous savons que la cohorte des 55 ans et plus est celle qui a la croissance la plus rapide par rapport à toutes les autres tranches d'âge. En 2005, ce groupe représentait environ 12 p. 100 de la population et il atteindra 25 p. 100 d'ici 2031.

[Français]

Fait encore plus troublant, chez les aînés, la croissance la plus rapide se trouve dans la catégorie des 85 ans et plus. En 2001, 430 000 Canadiens appartenaient à ce groupe, c'est-à-dire le double de ce qu'il était il y a 20 ans.

Heureusement, bon nombre de ces Canadiens, qui ont d'ailleurs apporté une énorme contribution à notre pays, peuvent maintenant vivre de manière autonome, grâce à un régime de vie plus sain et aux progrès remarquables de la médecine.

[Traduction]

Il ne faut pas oublier qu'en règle générale, les conducteurs plus âgés sont en fait ceux qui circulent sur nos routes de la manière la plus sécuritaire. En fait, le taux de collision des conducteurs qui ont entre 55 et 70 ans est le plus bas de tous les groupes d'âges au Canada, sans exception. Ce que les données semblent nous indiquer, par contre, c'est que l'apparition de problèmes médicaux restrictifs augmente de manière significative après l'âge de 75 ans. Généralement, les conducteurs de 75 ans ou plus ont un taux de collision plus élevé qui est très similaire à celui des jeunes conducteurs novices. Nous devons toutefois éviter de fonder notre analyse uniquement sur les moyennes. Bien que l'incidence de problèmes médicaux restrictifs puisse augmenter avec l'âge, le processus de vieillissement n'affecte pas toutes les personnes de la même manière. Certains conducteurs aînés âgés de 80 ans sont de bien meilleurs conducteurs que d'autres personnes qui ne sont que dans la quarantaine.

Nous devons également reconnaître que, dans notre société, la conduite d'un véhicule est plus qu'un privilège, c'est un symbole très percutant de liberté et d'indépendance. La perte de ce

psychological consequences for those affected and increase dramatically the social isolation experienced by many. That is why we must take a very thoughtful, yet determined look at the issue of medically-at-risk drivers.

Today I would like to focus on three areas around which potential solutions need to be built: the identification of at-risk drivers; licensing procedures; and the provision of alternative transportation.

Since the issue at hand is really that of medically identifiable conditions that impair one's ability to drive safely, the paramount challenge is to properly identify those who are affected. One option that has been advocated by many, and is in place in a number of jurisdictions, is mandatory testing of drivers after a certain age. It remains to be seen whether such an approach has had any positive results in diminishing the collision rates of older drivers.

One of the problems with mandatory testing is that the test itself represents only a snapshot in time and does not assist in identifying the onset of medical conditions that could affect one's driving ability. Moreover, mandatory testing perpetuates the myth that all older drivers are bad drivers, and that is simply not the case.

[Translation]

Instead, we believe that an important part of addressing the issue of declining abilities to drive lies with clarifying the role of physicians — and I am well aware that we have physicians with us here today — in reporting medical conditions which can have a debilitating effect on driving abilities.

[English]

In many jurisdictions, medical doctors are required to report to licensing authorities when they are of either the opinion that their patient is temporarily or permanently suffering from a condition that does not allow the patient to drive safely. This regime places physicians in an almost impossible situation. They are asked to deprive a patient of the freedom and independence associated with driving.

In my opinion a much more objective approach would be to define in legislation those specific medical conditions that are known to impair one's driving, either immediately or in time, and to ask doctors simply to report the presence of these conditions to the appropriate licensing authorities. It should be up to these licensing authorities, not physicians, to decide whether the individual reported to be suffering from one or more of these defined conditions should be tested for their fitness to drive.

privilege peut entraîner des conséquences psychologiques graves pour les personnes touchées, en plus d'accroître leur isolement social dans bien des cas. C'est pour ces raisons que nous devons faire preuve de compassion mais également de détermination lorsque nous examinons l'enjeu des conducteurs présentant un risque médical.

J'aimerais aujourd'hui mettre l'accent sur trois secteurs où il sera nécessaire d'élaborer des solutions possibles : l'identification des conducteurs présentant un risque, les procédures relatives à l'émission des permis de conduire et la disponibilité de divers moyens de transport.

Puisque l'enjeu réside véritablement dans les problèmes médicalement identifiables qui entravent la capacité pour une personne de conduire en toute sécurité, le défi le plus important est d'identifier comme il se doit les personnes touchées. Une des options préconisées par de nombreuses personnes est d'ailleurs en place dans plusieurs entités administratives. Il s'agit de l'examen obligatoire de conduite après un certain âge. Reste à voir si une telle approche a eu des résultats positifs au chapitre de la diminution du taux de collision parmi les conducteurs plus âgés.

Un des problèmes posés par l'examen obligatoire est que l'examen en soi n'est qu'un instantané de la situation à un moment donné et qu'il n'aide pas à reconnaître l'apparition d'un problème médical qui pourrait affecter la capacité de conduire. De plus, l'examen obligatoire ne fait que perpétuer le mythe que tous les conducteurs âgés sont de mauvais conducteurs, ce qui est tout simplement faux.

[Français]

Nous croyons plutôt qu'une part importante de la solution au problème du déclin de la capacité de conduire réside dans le rôle du médecin — et je sais fort bien que nous avons des médecins parmi nous aujourd'hui. Ce dernier devrait être plus clair au chapitre de la déclaration des problèmes médicaux susceptibles d'entraver la capacité de conduire.

[Traduction]

Dans de nombreuses entités administratives, les médecins doivent signaler aux organismes de délivrance des permis les patients qui à leur avis souffrent, que ce soit temporairement ou de manière permanente, d'une maladie qui ne leur permet pas de conduire en toute sécurité. Ce régime place des médecins dans une situation quasi impossible, car on leur demande effectivement de priver leurs patients de la liberté et de l'indépendance liées à la conduite d'un véhicule.

À mon avis, une approche beaucoup plus objective consisterait à définir dans la loi des problèmes médicaux précis qui sont reconnus, que ce soit dans l'immédiat ou avec le temps, comme pouvant empêcher la conduite sécuritaire et à demander tout simplement aux médecins d'en signaler la présence aux organismes de délivrance de permis appropriés. Il reviendrait à ces organismes, et non pas aux médecins, de décider si une personne qui vient d'être signalée comme souffrant d'un de ces problèmes médicaux devrait ou non subir un examen pour vérifier sa capacité de conduire.

In addition, police, social service agencies and families need to have a continuing role in identifying drivers whose abilities to drive have declined significantly. Police officers, for example, need to pay greater attention to erratic drivers on our roads. The police are on the front lines of witnessing the performance of drivers who might be suffering from a medical condition that impairs their ability to drive. Equally, social service agencies have an opportunity to help to ensure safer roads as they are regularly interacting with clients who require home support services for impairments that might affect the ability to drive as well. Finally, families have a difficult but an essential role to play in making sure that when their loved ones develop impairing conditions, they not threaten their own safety and that of others on our roads.

[Translation]

There are no perfect mechanisms for the early identification of problem cases. Nevertheless, we believe, with this clarified and concerted effort among physicians, police, social service agencies and families, along with provincial licensing authorities, that we will dramatically improve our ability to identify medically-at-risk drivers. In that way, we can prevent their behaviour from having tragic consequences.

[English]

Once a medically-at-risk driver has been identified, it is not necessarily the case that all driving privileges need to be withdrawn. This is especially the case if identification occurs in the onset of impairing conditions. A number of research institutes in Canada and elsewhere have developed objective testing methodologies that identify the particular driver limitations that medically-at-risk drivers might face.

On the basis of this kind of information, they can determine what specific restrictions need to be imposed on those drivers in order to ensure their safe operation of a vehicle. Examples of such restrictions might include a prohibition on night driving or driving at rush hour or on freeways.

At the Insurance Bureau of Canada, we recommend that specific driver restrictions be given serious consideration by this committee and by provincial licensing authorities in the case of medically-at-risk drivers. However, this approach needs to be supported by following those drivers on a regular basis to determine whether their medical condition is improving, remaining stable or deteriorating. If a person's condition improves, some or all of the driving restrictions could be lifted. If a person's condition deteriorates, however, further driving restrictions would be appropriate and the complete loss of driving privileges would be possible if a person's impairment became

De plus, les corps policiers, les agences de services sociaux et les familles ont aussi un rôle important à jouer; il leur incombe de signaler les conducteurs dont les aptitudes de conduite ont décliné de manière significative. Les policiers, par exemple, doivent porter une attention particulière aux conducteurs qui ont une conduite dangereuse. En effet, ils sont les mieux placés pour déceler la performance des victimes d'un problème médical qui affecterait négativement leurs aptitudes au volant. De la même manière, les agences de services sociaux peuvent aider à rendre les routes plus sécuritaires puisqu'elles sont régulièrement en contact avec des clients qui ont besoin de services de soutien à domicile, souffrant de handicaps qui pourraient également affecter leur capacité de conduire. Enfin, les familles ont un rôle difficile mais essentiel à jouer. En effet, elles doivent s'assurer que la sécurité de leurs êtres chers et celle des autres personnes qui circulent sur nos routes ne sont pas mises en péril par un handicap ou un problème médical qu'auraient développé leurs proches.

[Français]

Il n'y a pas de mécanisme parfait pour identifier les cas problèmes. Néanmoins, nous croyons que grâce à ces efforts concertés et clairement définis de la part des médecins, des policiers, des agences de services sociaux et des familles, de même que des organismes de délivrance des permis de conduire, nous serons témoins d'une amélioration significative au chapitre de l'identification des conducteurs présentant un risque médical. Ainsi, nous éviterons que leur comportement entraîne des événements tragiques.

[Traduction]

Une fois qu'un conducteur a été identifié comme présentant un risque médical, il n'est pas toujours nécessaire de lui retirer tous ses privilèges de conduite. C'est particulièrement le cas lorsque l'identification a lieu peu de temps après l'apparition du problème médical. De fait, un certain nombre d'instituts de recherche au Canada et ailleurs dans le monde ont élaboré des méthodologies d'examen objectif qui visent à identifier les limites particulières chez un conducteur qui présente un risque médical.

En se fondant sur ces renseignements, on peut déterminer les restrictions précises à lui imposer afin de s'assurer qu'il conduit son véhicule en toute sécurité. Ces restrictions pourraient être, par exemple, l'interdiction de conduire la nuit, ou à l'heure de pointe, ou encore sur une autoroute.

Le Bureau d'assurance du Canada recommande que les restrictions particulières de conduite soient sérieusement prises en considération par les organismes provinciaux de délivrance de permis de conduire dans le cas de conducteurs présentant un risque médical. Cette approche doit toutefois être appuyée par un suivi effectué auprès d'eux sur une base régulière afin de déterminer si le problème médical s'améliore, demeure stable ou se détériore. Dans le premier cas, certaines restrictions, ou la totalité de celles-ci, pourraient être levées. Dans le dernier cas, par contre, d'autres restrictions concernant la conduite d'un véhicule pourraient s'avérer appropriées, y compris la perte de tous les

serious enough to compromise both the individual's safety and that of the motoring public.

The idea is to encourage early action in identifying the onset of medical conditions as opposed to waiting until the conditions become debilitating and necessitate the sudden removal of driving privileges, which can cause very negative psychological and social consequences for those affected.

In cases where a medically-at-risk driver eventually faces the complete loss of driving privileges, we need to find innovative ways of offering support and alternative transportation to them and to their families. The easy answer would be to promote the use of public transit, for example. However, the reality is much more complex than this. Adequate public transit simply does not exist in many rural and suburban areas of this country. Currently, medically-at-risk drivers who have lost their licenses have to rely almost exclusively on the generosity of neighbours, family and friends to help them get around. For families who play this critical role in providing transportation, it can sometimes represent a major financial burden. I believe that consideration needs to be given by our governments to providing fiscal incentives to those who assist in providing alternative transportation to medically-at-risk drivers.

[Translation]

Honourable senators, I have tried today to present some elements in the challenge of medically-at-risk drivers in Canada. This is not the entire solution, but I still wanted to describe the key elements. I have suggested that early identification is critical and requires a team approach involving medical professionals, police forces, social service agencies and family members.

[English]

Early identification would allow us to introduce a system of supervised driver restrictions for those suffering from medical impairments. We need to provide greater support to those who bear the burden of providing alternative transportation to medically-at-risk drivers who have lost their driving privileges.

Madam Chair, these issues need to be addressed resolutely as Canada faces profound demographic changes that will become all the more acute in the years to come. The Insurance Bureau of Canada is determined to work with all key stakeholders to ensure the safety of our nation's roads and to encourage the development of proper supports for medically-at-risk drivers.

Fleur-Ange Lefebvre, Executive Director and Chief Executive Officer, Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada: Madam chair, committee members, I thank you for the

privileges of conduct if the handicap remains sufficiently grave to compromise the safety of the driver himself and of the citizens who circulate on the public road.

Here the idea is to encourage the taking of measures as soon as the appearance of medical problems rather than waiting until they become incapacitating and that the unique solution consists then in the revocation of driving privileges, with the psychological and social negative consequences that this entails for the people affected.

When a driver presenting a medical risk is asked to revoke all his driving privileges, it is necessary to find innovative solutions for him to offer support and to procure means of transport, personally as well as for his family members. The answer is the simplest: to turn to the transport in common or to taxis. But reality is much more complex. Common adequate transports are nonexistent in several rural and suburban areas of the country. At the moment, drivers presenting a medical risk who have lost their license must rely exclusively on the generosity of their neighbors and friends, and of their family to get around. In the case of families who play this essential role, this represents in certain cases an important financial burden. It would be worth considering measures of fiscal encouragement for those who come to the aid of drivers who present a medical risk in procuring another means of transport.

[Français]

Honorables sénateurs, j'ai voulu aujourd'hui porter à votre attention certains éléments du défi que posent les conducteurs présentant un risque médical au Canada. Ce n'est pas toute la solution, mais j'ai voulu quand même vous apporter des éléments importants. J'ai suggéré que les problèmes médicaux soient identifiés tôt, grâce à l'aide concertée des praticiens de la santé, du corps policier, des agences de services sociaux et des membres de la famille.

[Traduction]

L'identification précoce pourrait nous permettre de mettre sur pied un système de restrictions supervisées pour les personnes victimes de problèmes médicaux. Nous devons fournir un meilleur appui aux personnes qui assument le fardeau de fournir d'autres moyens de transport à ceux qui ont perdu leurs privilèges de conduite.

Madame la présidente, alors que le Canada fait face à de profonds changements démographiques, il est impératif de régler ces problèmes qui deviendront de plus en plus aigus dans les années à venir. Le Bureau d'assurance du Canada est déterminé à collaborer avec tous les intervenants clés pour faire en sorte que nos routes soient sécuritaires et à encourager la création d'un soutien approprié pour les conducteurs présentant un risque médical.

Fleur-Ange Lefebvre, directrice générale et chef de la direction, Fédération des ordres des médecins du Canada : Madame la présidente, membres du comité, je veux vous remercier de

opportunity to speak to you this afternoon. I am the Executive Director and Chief Executive Officer of the Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada, FMRAC.

I address you today on behalf of FMRAC and its 13 members, which are the provincial and territorial medical and regulatory authorities. You might be more familiar with our members in each of the provinces under the name, College of Physicians and Surgeons of . . . and just tack on the name of the province. We thank and applaud the Senate and this committee for addressing the important issue of aging in Canada and, in particular, the aging workforce. I will address two aspects of this issue. Note that I will not address the role of physicians in safe driving as the Canadian Medical Association had an opportunity to present on that topic one week ago today.

I will address physicians in practice and health care concerns. Under physicians in practice, I will address two issues: audits and questionnaires, and revalidation. I will begin with audits and questionnaires.

Self-regulation of the medical profession is a privilege granted in the public interest and for the public good. Our members have been granted this privilege to serve the public through the regulation of medical practice by licensed medical practitioners and through that mandate to establish and endorse standards for the profession and to monitor, evaluate and where necessary, bring its members to discipline.

All physicians, regardless of age, are held to the same standard of practice. Traditionally, for the most part, mandatory retirement has not applied to practicing physicians. Thus, our members, the Colleges of Physicians and Surgeons, have some experience in dealing with older physicians who continue to provide care to patients. Their approaches can vary from doing nothing special compared to what is done for other physicians, to very specific policies. I will provide several examples.

Most medical regulatory authorities have a peer review process which involves random practice audits and/or surveys of a physician's stakeholder group which normally includes patients, colleagues, team members and others as needed or as pertains to a specific practice environment.

The College of Physicians and Surgeons of Manitoba, through its standards department, has for many years reviewed the practices of older physicians. Until recently, this review was conducted on all physicians who reached the age of 70. If the audit was acceptable, the physician was once again reviewed each five years.

This college did a review of the literature fairly recently and determined through the literature that the appropriate age of initial audit for older physicians, all things being equal,

l'occasion de prendre la parole devant vous cet après-midi. Je suis directrice générale et chef de la direction de la Fédération des ordres des médecins du Canada, FOMC.

Je vous parle aujourd'hui au nom de la FOMC et de ses 13 membres, qui sont les ordres des médecins des provinces et des territoires. Il se pourrait que vous connaissiez mieux nos membres dans chacune des provinces sous le nom d'Ordre des médecins... et il suffit ensuite d'apposer le nom de la province. Nous remercions et félicitons le Sénat et ce comité de traiter de la question importante du vieillissement au Canada et, en particulier, du vieillissement de la main-d'oeuvre. Je vais traiter de deux aspects de cette question. Veuillez noter que je ne parlerai pas du rôle des médecins concernant la conduite sécuritaire étant donné que l'Association médicale canadienne a eu l'occasion de présenter un exposé sur cette question la semaine dernière.

Je vais parler des préoccupations concernant les médecins dans leur pratique et les soins de santé. En ce qui concerne les médecins dans leur pratique, je parlerai de deux questions : les vérifications et les questionnaires, et la revalidation.

L'autoréglementation de la profession médicale est un privilège accordé dans l'intérêt public et pour le bien public. Nos membres se sont vus accorder ce privilège pour servir le public par la réglementation de la pratique médicale par des médecins possédant un permis de pratiquer et par le mandat d'établir et d'appuyer des normes pour la profession et de surveiller, d'évaluer et, le cas échéant, de discipliner ses membres.

Tous les médecins, quel que soit leur âge, sont tenus de respecter les mêmes normes de pratique. Traditionnellement, dans la plupart des cas, la retraite obligatoire n'a pas été appliquée aux médecins pratiquants. Ainsi, nos membres, les ordres des médecins, ont une certaine expérience lorsqu'il s'agit de traiter avec des médecins plus âgés qui continuent de donner des soins aux malades. Leur approche peut varier depuis le fait de ne rien faire de particulier comparativement à ce qui se fait pour tous les autres médecins, jusqu'à des politiques bien précises. Je vais donner plusieurs exemples.

La plupart des autorités de réglementation médicale disposent d'un processus d'examen par les pairs qui comporte des vérifications ou des sondages aléatoires, ou les deux, qui font intervenir un groupe de personnes liées au médecin concerné comprenant normalement des patients, des collègues, des coéquipiers et d'autres personnes au besoin ou selon le milieu de pratique précis.

Le Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba, par l'intermédiaire de son service des normes, a examiné depuis de nombreuses années la pratique des médecins plus âgés. Jusqu'à récemment, cet examen était réalisé pour tous les médecins qui atteignent l'âge de 70 ans. Si la vérification donne des résultats acceptables, le médecin fait l'objet d'un nouvel examen tous les cinq ans.

Ce collège a fait un examen de la documentation assez récemment et a déterminé que l'âge approprié pour la vérification initiale des médecins plus âgés, toutes choses étant

is 75 years. It is generally accepted that most physicians can practice safely until that age.

The College of Physicians and Surgeons of British Columbia performs random audits. In addition, their Committee on Office Medical Practice Assessment has reviewed the office practices of all physicians over the age of 60. I often say when you visit one medical regulatory authority you have visited one medical regulatory authority; we have great variation across the country. The CPSBC continues to do these audits as physicians reach that age. However, at this moment, has no specific schedule to revisit the practice of those physicians who had a favourable audit at the age of 60. CPSBC has other quality assurance activities in place such as prescription reviews. Unlike random audits which are very resource intensive, these other forms of quality assurance can be employed to a greater number of practices on a more frequent basis.

In Ontario, the CPSO carries out peer assessments on all physicians at the age of 70 with follow-ups every five years after that. Nova Scotia, the Yukon and Prince Edward Island have no specific policies pertaining to the competency of physicians over a specific age. While Alberta also does not specifically target physicians for a peer review or closer look at the practice based on age, it has established a program that has garnered a lot of attention called the Physician Achievement Review or PAR Program. PAR uses questionnaires to review all physicians every five years. These questionnaires are completed by patients, colleagues and co-workers. In this, and in other jurisdictions, the medical regulatory authority is sometimes alerted to possible competency issues through the Triplicate Prescription Program, which tracks the prescribing and dispensing of a set of drugs, primarily narcotics and others, that have the potential for abuse. Here again, this applies to all physicians, not only physicians over a certain age.

For more than 10 years now, the Collège des médecins du Québec or CMQ has been conducting site visits for physicians who have been in practice for more than 40 years, with follow-up visits every three to four years if there are no problems.

We have often talked about the Top 40 Under 40 for young achievers. Quebec has now reached 80 over 80; they have 86 physicians practicing who are over the age of 80.

When audits are conducted and deficiencies of concern are recognized, recommendations for improvement or change are made to the physician. Follow-up audits are scheduled

égales par ailleurs, est de 75 ans. Il est généralement admis que la plupart des médecins peuvent pratiquer de manière sécuritaire jusqu'à cet âge.

Le College of Physicians and Surgeons of British Columbia effectue des vérifications aléatoires. De plus, son Committee on Office Medical Practice Assessment a examiné les pratiques en cabinet de tous les médecins âgés de plus de 60 ans. Je dis souvent que lorsque vous visitez un organisme de réglementation médicale, vous avez visité un organisme de réglementation médicale; il existe une grande variation à l'échelle du pays. Le CPSBC continue de faire ces vérifications dès que les médecins atteignent cet âge. Toutefois, à l'heure actuelle, il n'a pas de calendrier précis pour réexaminer la pratique des médecins pour qui la vérification a donné des résultats favorables à l'âge de 60 ans. Le CPSBC a d'autres activités d'assurance de la qualité en place comme les vérifications des prescriptions. Contrairement aux vérifications aléatoires qui exigent beaucoup de ressources, il existe d'autres méthodes d'assurance de la qualité qui peuvent être utilisées pour un plus grand nombre de pratiques sur une base plus fréquente.

En Ontario, le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario effectue des évaluations par les pairs de tous les médecins à l'âge de 70 ans, et tous les cinq ans par la suite. La Nouvelle-Écosse, le Yukon et l'Île-du-Prince-Édouard n'ont pas de politique précise concernant la vérification des compétences des médecins à un âge particulier. Bien que l'Alberta non plus ne cible pas spécifiquement les médecins pour un examen par les pairs ou n'examine pas de manière plus précise la pratique en fonction de l'âge, cette province a mis sur pied un programme appelé Physician Achievement Review, ou PAR, qui a attiré beaucoup d'attention. Dans le cadre de ce programme, on utilise des questionnaires pour examiner tous les médecins tous les cinq ans. Ces questionnaires sont remplis par les patients, les collègues et les coéquipiers. Dans cette province, et dans d'autres entités administratives, les autorités de réglementation médicale sont parfois averties de l'existence de problèmes de compétence possibles par l'intermédiaire du Triplicate Prescription Program, qui assure le suivi de la prescription et de la distribution d'un ensemble de médicaments, surtout les stupéfiants et d'autres médicaments qui présentent un potentiel d'abus. Encore une fois, cela s'applique à tous les médecins et non pas seulement aux médecins qui ont atteint un certain âge.

Depuis plus de 10 ans maintenant, le Collège des médecins du Québec, ou CMQ, effectue des visites sur place dans le cas des médecins qui pratiquent depuis plus de 40 ans; s'il n'y a pas de problèmes, il y a des suivis tous les trois ou quatre ans par la suite.

Nous parlons souvent des top 40 de moins de 40 ans. Le Québec a maintenant atteint le top 80 de plus de 80 ans; la province compte 86 médecins pratiquants qui sont âgés de plus de 80 ans.

Lorsque des vérifications sont effectuées et que des lacunes préoccupantes sont décelées, des recommandations concernant les améliorations ou les modifications à apporter sont faites au

appropriately. Conversely, when the audits indicate all is well, the physicians are congratulated and commended.

It is important to remember that medical regulatory authorities have extensive discretionary powers and will often meet with the physician to discuss a particular situation before it becomes a problem. Through this and other mechanisms, older physicians may be encouraged to limit or leave practice as appropriate under the circumstances.

It is also important to note that there are other mechanisms in place that also address this issue that are beyond the purview of the medical regulatory authority such as hospital privileges that are granted to physicians by each health care institution. These institutions have their own policies.

I now want to shift to revalidation, which is recent in the world of medical regulation. Recently, FMRAC and its members have embraced the concept of revalidation of licensure in Canada, not re-licensure and not recertification. Revalidation is a quality assurance process in which members of a provincial or territorial medical regulatory authority are required to provide satisfactory evidence of their commitment to continued competence in their practice. The word "required" is important.

The purpose is to reaffirm in a framework of professional accountability that physicians' competence and performance are maintained in accordance with professional standards. It is also staged to assess and confirm that over time, our learning changes, medical knowledge increases, and it is up to the physicians to show that they have kept up.

FMRAC's position statement on this issue is that the stage of endorsement by each of the provincial and territorial medical regulatory authorities, and the feedback received is positive, revalidation will apply to every practicing physician and will help all medical practitioners make practice-relevant decisions and improvements.

The position statement states that all licensed physicians in Canada must participate in a recognized revalidation process in which they demonstrate their commitment to continued competent performance in a framework that is fair, relevant, inclusive, transferable and formative.

By "fair," we mean the process is transparent to the physician, uses fair and standardized tools and is considerate of cost and administrative burden to the physician. We are in a time of physician shortages and do not want to give physicians something too burdensome to do.

The second principle is "relevant." The process of revalidation is designed to confirm a physician's competence within the scope of his or her practice. This will apply to aging physicians. As they

médecin concerné. Des vérifications de suivi sont prévues de manière appropriée. De la même manière, lorsque les vérifications indiquent que tout va bien, les médecins sont félicités.

Il est important de se rappeler que les autorités de réglementation médicale ont des pouvoirs discrétionnaires étendus et qu'elles rencontreront souvent un médecin pour discuter d'une situation particulière avant que cela ne devienne un problème. Par ce mécanisme et d'autres encore, les médecins plus âgés peuvent être encouragés à limiter leur pratique ou à quitter la pratique, selon ce qui est approprié dans les circonstances.

Il est également important de noter qu'il y a d'autres mécanismes en place pour traiter de cette question qui ne sont pas du ressort des autorités de réglementation médicale comme les droits hospitaliers qui sont accordés aux médecins par chaque établissement de soins de santé. Ces établissements ont leur propre politique.

Je veux maintenant parler de la revalidation, quelque chose de récent dans le monde de la réglementation médicale. Récemment, la FMOC et ses membres ont endossé le concept de revalidation du permis d'exercer au Canada, et non pas le renouvellement du permis ni la recertification. La revalidation est un processus d'assurance qualité dans le cadre duquel les membres d'une autorité de réglementation médicale provinciale ou territoriale sont tenus de fournir des preuves satisfaisantes de leur engagement à maintenir des compétences dans leur pratique. Le mot « tenus » est important.

Le but de l'exercice est de réaffirmer dans un cadre de responsabilisation professionnelle que les compétences et le rendement des médecins sont maintenus conformément aux normes professionnelles. Cet exercice est également conçu pour évaluer et confirmer qu'avec le temps, notre apprentissage change, les connaissances médicales augmentent, et qu'il appartient aux médecins de démontrer qu'ils ont maintenus leurs connaissances à jour.

L'énoncé de position de la FOMC sur cette question, c'est que le degré d'appui de chacune des autorités de réglementation médicale provinciales et territoriales et la rétroaction reçue étant positifs, la revalidation s'appliquera à tous les médecins pratiquants et les aidera à prendre des décisions et à apporter des améliorations pertinentes à leur pratique.

L'énoncé de position affirme que tous les médecins autorisés au Canada doivent participer à un processus de revalidation reconnu dans le cadre duquel ils feront la démonstration de leur engagement face à un rendement compétent continu dans un cadre qui est juste, pertinent, inclusif, transférable et formateur.

Par « juste », nous entendons un processus qui est transparent pour le médecin, faisant appel à des outils justes et normalisés et qui tient compte du coût et du fardeau administratif pour le médecin. Nous sommes à une époque de pénurie de médecins et nous ne voulons pas lui imposer quelque chose de trop lourd.

Le second principe est la « pertinence ». Le processus de revalidation est conçu pour confirmer la compétence du médecin dans le cadre de sa pratique. Il s'appliquera aux médecins âgés. En

get older, physicians often realize that their entire scope of practice is no longer possible. We can ask Senator Keon what happens to surgeons when their fine motor skills begin to degenerate. They will usually self-identify to the regulatory authority and to the institution where they practice. This for the most part is something that is done well and in advance of a problem occurring. It also means that a family physician who does not do intrapartum obstetrics is not asked to revalidate in that area which he or she does not practice. It must be relevant to what they do.

By “inclusive,” we mean that revalidation applies to all licensed physicians, even if their practice is mostly of an administrative nature. They must engage in revalidation.

“Transferable” means that participation in the process of revalidation will be mutually recognized by each Canadian jurisdiction and will not inhibit mobility in Canada.

Finally, “formative” refers to the process of revalidation as a constructive, educational, quality assurance process, independent and distinct from the disciplinary processes of the regulatory authorities.

I want to end on the health care requirements of the aging population with a plea to the federal government to pay attention to the growing health care needs of all Canadians as we grow older and particularly to those of an aging work force. With a significant number of people remaining on the job for longer, there will be different and possibly more health care requirements. In times of physician shortages, more physicians will remain on the job as they grow older. With an aging population, these physicians will deal with more complex cases. They and other health care providers must also have access to services for themselves so they can remain as healthy as possible. On behalf of FMRAC and its members, I thank the committee for this opportunity.

Senator Mercer: I thank you both for being here.

Mr. Yakabuski, you have described graduated licences, something that is used in some provinces for licensing younger drivers. Perhaps we can call the revoking of driving privileges to be diminished licensing.

How do you see graduated or diminished licences for people whose ability to drive has worsened being policed, and how do we identify them? Will we require people to put identification on their car as they do in some places for people learning to drive?

vieillissant, les médecins se rendent souvent compte qu'il n'est pas possible de maintenir toute l'étendue de leur pratique. Nous pouvons demander au sénateur Keon ce qui arrive aux chirurgiens lorsque leur motricité fine commence à dégénérer. Ils vont habituellement le signaler eux-mêmes aux autorités de réglementation ou à l'établissement où ils pratiquent. Il s'agit, en plus grande partie, de quelque chose qui est bien fait et qui se fait avant qu'un problème survienne. Cela signifie également qu'on ne demandera pas à un médecin de famille qui ne fait pas d'obstétrique et de soins intrapartum de faire une revalidation dans ce domaine dans lequel il ne pratique pas. Cela doit être pertinent par rapport à ce que les médecins font.

Par « inclusive », nous voulons dire que la revalidation s'applique à tous les médecins autorisés, même si leur pratique est surtout de nature administrative. Ils doivent accepter la revalidation.

L'expression « transférable » signifie que la participation dans le processus de revalidation sera reconnue mutuellement par chacune des entités administratives canadiennes et qu'elle n'affectera pas la mobilité des médecins au Canada.

Enfin, l'expression « formateur » fait allusion au processus de revalidation comme étant un processus constructif, éducatif, d'assurance qualité indépendant et distinct des processus disciplinaires des autorités de réglementation.

Je veux terminer en parlant des besoins en matière de soins de santé de la population vieillissante; j'invite le gouvernement fédéral à prêter attention aux besoins croissants en matière de soins de santé de tous les Canadiens à mesure que nous vieillissons et particulièrement à ceux d'une main-d'œuvre vieillissante. Étant donné qu'un nombre important de personnes continueront de travailler plus longtemps, il y aura des besoins différents et peut-être plus nombreux en matière de soins de santé. À un moment où il y a des pénuries de médecins, plus de médecins continueront de travailler dans leurs vieux jours. Devant la population vieillissante, ces médecins devront faire face à des cas plus complexes. Ces médecins et les autres fournisseurs de soins de santé doivent également avoir accès à des services pour eux-mêmes pour qu'ils puissent rester aussi en santé que possible. Au nom de la FOMC et de ses membres, je remercie le comité de nous avoir donné cette occasion de vous parler.

Le sénateur Mercer : Je vous remercie tous les deux d'être ici.

Monsieur Yakabuski, vous avez décrit les permis de conduire graduels, quelque chose qui est utilisé dans certaines provinces pour la délivrance des permis de conduire aux jeunes conducteurs. Peut-être que nous pouvons assimiler la révocation des privilèges de conduite à des permis de conduire diminués.

À votre avis, comment pourrions-nous contrôler ces permis de conduire graduels ou diminués dans le cas des gens dont la capacité de conduire s'est détériorée, et comment pourrions nous identifier ces personnes? Allons-nous exiger qu'il y ait, sur la voiture de ces personnes, une forme d'identification quelconque, comme on le fait dans certains endroits dans le cas des personnes qui apprennent à conduire?

Mr. Yakabuski: Some people talk about graduated de-licensing. I have not quite presented that today. I think there are important distinctions.

I think it is very important to avoid saying that after 75 years of age, everyone must go into the same process. I think the reason why some people have declining driving abilities is due to the onset of some identifiable medical condition. Let us deal with the medical condition, whether it happens at 45 years or 85 years rather than "hurting" people at a given age.

If we say, for example, that everyone at 80 years of age must go for a test, we may not capture half the people we need to capture because at that particular point in time, they have not had the onset of their condition, they are in remission or something of that sort. Therefore, we need to be more calibrated in what we are doing. We suggest that we can administer testing through a combination of objectively identifying medical conditions that may have a debilitating effect. We can simply ask physicians to record these conditions, not make a subjective judgment as to whether or not this person is fit to drive. We can work with police forces. I think it will be a distinctly smaller subset of people as opposed to specifying a particular age where everyone must go for a test of some sort.

I think it will be more efficient and accurate. It will certainly be less costly. At the Insurance Bureau of Canada, we like to start that kind of dialogue amongst people in Canada rather than taking the "certain age" approach.

Senator Mercer: One of my concerns with that is that someone must make a decision. Your suggestion is conditions must be identified as ones we need to be concerned with, someone would make a decision and then someone in the licensing agency in the provinces or the police would do something. I do not have as much trouble with the police as I do with the bureaucrats sitting in a licensing agency in a registry of motor vehicles or in Services Nova Scotia and Municipal Relations.

Mr. Yakabuski: I see the point you are raising. I think it is very legitimate to decide who should make a final determination. It is important to move that subjective decision away from physicians because it compromises the patient-client relationship.

Senator Mercer: We have heard that comment from physicians.

Mr. Yakabuski: It is not working. We have to find something that does work.

Senator Mercer: Early medical identification requires either self-identification by the driver, the family, the physician or someone else who reacts with the person. Self-identification of a problem is a difficult thing to do.

Mr. Yakabuski: Yes, it is. What I have sketched out today does not rely as heavily on self-identification. Physicians have a role, but it is not a subjective role. They should not bear the burden of determining who can drive. That is a major pillar. Cooperate with

M. Yakabuski : Certaines personnes parlent de perte de permis graduelle. Je n'ai pas vraiment parlé de cette question aujourd'hui. Je pense qu'il y a des distinctions importantes.

Je pense qu'il est très important d'éviter de dire qu'après 75 ans, tout le monde doit suivre le même processus. Je pense que la raison pour laquelle certaines personnes ont des capacités de conduite qui se dégradent, c'est l'apparition de certains problèmes médicaux identifiables. Occupons-nous du problème médical, qu'il apparaisse à l'âge de 45 ans ou de 85 ans, plutôt que de « faire du mal » à quelqu'un à un âge donné.

Si nous disons, par exemple, que tout le monde doit subir un test à l'âge de 80 ans, il est possible que nous n'identifions pas la moitié des cas que nous devrions identifier parce que, à ce moment particulier dans le temps, le problème médical n'est pas apparu, la personne est en rémission ou quelque chose du genre. Par conséquent, nous devons avoir une approche plus calibrée. Nous suggérons que nous pouvons administrer des tests par le biais d'une combinaison de problèmes médicaux objectivement identifiables qui peuvent avoir des effets débilants. Nous pouvons simplement demander aux médecins de consigner ces états, et non de porter un jugement subjectif sur la capacité ou l'incapacité de la personne de conduire. Nous pouvons travailler avec les corps policiers. Je pense qu'il s'agira d'un sous-ensemble de personnes nettement plus petit, par opposition au fait de préciser qu'à un âge donné, tout le monde doit subir un test quelconque.

Je pense que ce serait plus efficace et plus précis. Ce serait certainement moins coûteux. Au Bureau d'assurance du Canada, nous aimerions lancer ce genre de débat entre les Canadiens, plutôt que de prendre l'approche « un âge donné ».

Le sénateur Mercer : Une de mes préoccupations avec cette formule, c'est que quelqu'un doit prendre de décision. Votre suggestion, c'est que des maladies soient identifiées comme devant nous préoccuper, que quelqu'un prendra une décision et ensuite, que quelqu'un au bureau des véhicules automobiles de la province ou la police fera quelque chose. Je n'ai pas autant de problèmes avec la police que j'en ai avec les fonctionnaires du bureau des véhicules automobiles ou de Service Nova Scotia and Municipal Relations

M. Yakabuski : Je vois ce qu'il vous voulez dire. Je pense qu'il est très légitime de décider qui devrait prendre la décision finale. Il est important d'enlever cette décision subjective aux médecins parce qu'elle compromet leur relation avec leurs patients.

Le sénateur Mercer : Des médecins nous ont dit la même chose.

M. Yakabuski : Cela ne fonctionne pas. Nous devons trouver quelque chose qui fonctionne.

Le sénateur Mercer : L'identification médicale précoce nécessite l'identification par le conducteur lui-même, sa famille, le médecin ou quelqu'un d'autre qui interagit avec la personne en question. L'auto-identification d'un problème est difficile à faire.

M. Yakabuski : Oui, c'est vrai. Ce que j'ai décrit aujourd'hui ne repose pas beaucoup sur l'auto-identification. Les médecins ont un rôle à jouer, mais ce n'est pas un rôle subjectif. Ils ne devraient pas être responsables de déterminer qui peut conduire.

the police. Let our police forces, as part of their mandates, pay more attention to drivers on the road who do present symptoms of erratic driving, et cetera. That is another avenue of pointing out people who should be tested.

Senator Mercer: This is difficult to measure, but it seems to me that a number of older Canadians self-regulate. Drivers regulate themselves by deciding that they will not drive on highways anymore or on downtown roads, but will continue to drive to the drugstore, to the grocery store, to the doctor or to visit family.

Mr. Yakubski: There are many Canadians who do that and it is laudable. I think this kind of regime gives that situation greater support and legitimacy. I think the two can be married well together if we all get together to work out the technicalities.

Senator Mercer: What you see as restrictions that might be put on a driver would vary from driver to driver and on condition to condition. I do not necessarily dislike that idea; I find it rather attractive. However, from an administrative point of view, I cannot see how to administer it in situations where my 88-year-old grandmother has this restriction on her but her 79-year-old neighbour has a different restriction.

Mr. Yakubski: It may be a matter of adjusting to that paradigm. I do not think there will be an infinite number of restrictions. I think we can manage this. Many people have indicated on their driver's licence that they need to wear glasses while driving. That is a restriction placed on many people's licence already. We can expand those restrictions in a productive way. I think we need to have a dialogue around a new approach towards people facing medically-limiting conditions.

Senator Mercer: Ms. Lefebvre, I am from Nova Scotia where we have no policy for physicians to be audited at any age. What is the feedback from physicians themselves as they go through this? As you have referred, many physicians self-identify and realize that their skills are not as sharp as they were a few years ago. Therefore, they will move away from practicing certain aspects of medicine.

What about the doctors who have not done that but, after going through the audit, some restrictions are imposed? What is the feedback from them?

Second, what is the feedback from the communities they serve? In many cases there are small communities in rural Canada. If you have restricted a doctor's ability to practice medicine, you have not only affected the doctor but everyone in the community.

C'est un pilier majeur. Il faut collaborer avec la police. Laissez nos forces de police, dans le cadre de leur mandat, accorder plus d'attention aux conducteurs qui manifestent des signes de conduite dangereuse sur la route, « et cetera ». C'est une autre façon de déceler les gens qui devraient subir des tests.

Le sénateur Mercer : C'est difficile à mesurer, mais il me semble qu'un certain nombre de Canadiens plus âgés s'autoréglementent. Les conducteurs s'auto-réglementent en décidant de ne plus conduire sur les autoroutes ou dans le centre-ville, mais ils continueront de conduire pour aller à la pharmacie, au magasin d'alimentation ou chez le médecin, ou pour visiter la famille.

M. Yakubski : Il y a beaucoup de Canadiens qui le font et c'est louable. Je pense que cela donne à cette approche un plus grand appui et une plus grande légitimité. Je pense que ces deux éléments peuvent très bien se marier si nous nous réunissons pour en établir les modalités.

Le sénateur Mercer : Ce que vous voyez comme des restrictions qui pourraient être imposées à un conducteur varierait d'un conducteur à un autre et d'une maladie à une autre. Je ne déteste pas cette idée; je pense qu'elle est plutôt intéressante. Toutefois, d'un point de vue administratif, je ne vois pas comment administrer cela dans des situations où ma grand-mère de 88 ans a telle restriction, mais que sa voisine de 79 ans en a une autre.

M. Yakubski : C'est peut être une question de s'adapter à ce paradigme. Je ne pense pas qu'il y aurait un nombre infini de restrictions. Je pense que nous pouvons gérer cette question. Dans le cas de beaucoup de personnes, il est indiqué sur leur permis de conduire qu'elles doivent porter des verres pour conduire. Voilà une restriction qui figure déjà sur le permis de conduire d'un grand nombre de personnes. Nous pouvons étendre ces restrictions de manière productive. Je pense que nous devons avoir une discussion sur une nouvelle approche face aux gens qui ont une maladie qui les limite.

Le sénateur Mercer : Madame Lefebvre, je suis de la Nouvelle-Écosse où il n'y a pas de politique concernant la vérification des médecins quel que soit leur âge. Qu'en disent les médecins qui doivent passer par cette vérification? Comme vous l'avez dit, de nombreux médecins se signalent eux-mêmes et constatent que leur compétence n'est plus ce qu'elle était il y a quelques années. Par conséquent, ils vont cesser de pratiquer certains aspects de la médecine.

Que dire des médecins qui ne le font pas, mais qui, après une vérification, se voient imposer certaines restrictions? Quel genre de rétroaction vous donnent-ils?

Deuxièmement, quelle est la rétroaction des collectivités qu'ils desservent? Dans bien des cas, il s'agit de petites collectivités dans les régions rurales du Canada. Si vous avez limité les capacités d'un médecin de pratiquer la médecine, vous n'avez pas seulement touché le médecin, mais tout le monde dans la collectivité.

Ms. Lefebvre: I am not sure about the feedback from the community. I certainly know of a few instances where a doctor has been removed as a result of a discipline committee decision, but not necessarily due to an age-related audit.

If the audit shows there are some areas for improvement, they are given an educational prescription. Once they have completed that, they are re-audited. If there is no improvement, the decision of the regulatory authority must be more serious.

I cannot imagine those physicians would like it. Again, I do not have hard data to give you concerning the feedback.

Coming back to the jurisdiction that you are interested in, while Nova Scotia does not have this it does have NSPAR, which will also be lead into revalidation. NSPAR is based on the PAR program in Alberta. Through that process, we think the best way to address this issue is to have physician's self-identify the areas that are either getting so complex that they need to abandon them from their practice, or where they need to have ongoing education to keep up to speed.

We have great hopes that will show physicians and the communities that a standard is a standard; and that if you are not practicing to standard, you have to at least come to the attention of someone. You may be able to remain in practice, but someone must be watching you more closely.

Senator Mercer: I think the advantage physicians have over the rest of the population is when we talk about peer review. It is a standard term used by physicians and people supporting physicians in research, et cetera. It is something that goes on all the time. It is terminology and discipline that they are used to and I guess the rest of us need to learn a little from the College of Physicians and Surgeons on that subject.

Senator Stratton: The approach of the Insurance Bureau of Canada is interesting. I address this question to both of you, but I address it to you first, Mr. Yakabuski. It is a matter of independence.

If people want to work longer, they should be encouraged to do so. It is so important as we grow older — this independence to keep working and to keep active — because that makes us healthier. I am all for that.

Recognizing the safety issues, I am curious as to why we have mandatory testing at certain ages. I think in Ontario it is between 75 and 80 years and every two years thereafter. A professor last week said they did studies in two Scandinavian countries. One

Mme Lefebvre : Je ne suis pas certaine de la rétroaction de la collectivité. Je connais certainement quelques cas où un médecin s'est vu retirer son permis à la suite de la décision du comité de discipline, mais pas nécessairement à cause d'une vérification liée à l'âge.

Si la vérification montre qu'il y a certains domaines où des améliorations doivent être apportées, le médecin doit suivre un programme de formation adapté. Une fois le programme terminé, il fait l'objet d'une nouvelle vérification. S'il n'y a pas d'amélioration, la décision des autorités de réglementation se doit d'être plus ferme.

J'imagine que ces médecins n'aiment pas cela. Encore une fois, je n'ai pas de données véritables à vous donner concernant la rétroaction.

Pour en revenir à l'entité administrative qui vous intéresse, bien que la Nouvelle-Écosse n'ait pas de politique concernant l'âge des médecins, elle a le NSPAR, qui conduira également vers la revalidation. NSPAR est fondé sur le programme PAR de l'Alberta. Dans le cadre de ce processus, nous pensons que la meilleure façon de procéder pour faire face à cette question, c'est de faire en sorte que le médecin indique lui-même les domaines où les choses sont devenues tellement complexes qu'il doit accepter de renoncer à ces domaines dans sa pratique ou les domaines où il a besoin d'une formation continue pour garder ses connaissances à jour.

Nous avons beaucoup d'espoir que cette approche montrera aux médecins et aux collectivités qu'une norme reste une norme et que si vous ne pratiquez pas la médecine conformément aux normes, au moins, quelqu'un vous aura à l'oeil. Vous pourrez peut-être continuer de pratiquer, mais quelqu'un vous surveillera de plus près.

Le sénateur Mercer : Je pense que l'avantage que les médecins ont par rapport au reste de la population, c'est l'examen par les pairs. C'est une expression standard utilisée par les médecins et les personnes qui les appuient en recherche, « et cetera ». C'est quelque chose qui se fait tout le temps. Il s'agit d'une terminologie et d'une discipline auxquelles ils sont habitués et je suppose que le reste d'entre nous devrions apprendre quelque chose de l'Ordre des médecins à ce sujet.

Le sénateur Stratton : L'approche du Bureau d'assurance du Canada est intéressante. Ma question s'adresse à vous deux, mais je la pose d'abord à M. Yakabuski. C'est une question d'indépendance.

Si les gens veulent travailler plus longtemps, on devrait les encourager à le faire. À mesure que nous vieillissons, cette indépendance de pouvoir continuer de travailler et de demeurer actif est si importante parce que cela améliore notre santé. Je suis entièrement en faveur de cela.

Reconnaissant les questions de sécurité, je suis curieux de savoir pourquoi nous avons des tests obligatoires à certains âges. Je pense qu'en Ontario, c'est entre 75 et 80 ans et tous les deux ans par la suite. Un professeur a dit la semaine dernière que des études

had mandatory testing and the other did not, and there was no difference between the incidences of accidents. That is an argument for the side that encourages independence.

In determining whether or not someone is capable, I think they also said last week that Saskatchewan has a list of medical conditions on the licence form that folks fill out annually; the person would tick any that apply and answer questions on them. To a degree, it is a questionnaire that informs the regulators as to whether or not the person needed to have conditions imposed. I do not disagree with that. If someone is relatively honest — and I think most people are by a long shot — that would be a good step.

I worry about the physicians in the sense that they're damned if they do and damned if they don't. If they realize someone has a problem, they have to do something in most provinces — at least in Manitoba and I know others. There was a list from the CAA as to the conditions under which people can drive. For example, someone who lives in the same condo I do has macular degeneration and can only drive during the day. There are those kinds of conditions that happen all the time.

Mine is a bit of a ramble here, but I believe that the independence and the self-identification on the part of both physicians and individuals as to their health concerns can go a long way to eliminating the driving condition. Family and friends must play a part in this. I have had relatives where you simply have to sit them down and tell them it is time. I know my kids will have to say the same thing to their old man one day because he will fight it every inch of the way. There is no way I want to quit driving.

With that independence and with self-identification, what further steps do you think have to take place? We want to do this in a way to encourage that independence. Do you agree with that, or do you think there needs to be something more?

Mr. Yakabuski: I agree with just about everything you have said. I think it is a matter of bringing these various tangential things together in a way that makes sense. There is no doubt that we have to encourage the independence of people as long as we can; that is in the interests of everyone. We have to recognize these are men and women who have made great contributions to their society, and we should respect that.

At the same time, we also have to ensure that they are not a safety risk to themselves and to others on our roads. We have to balance those objectives in the most sensitive and sensible way possible.

You talk about the Saskatchewan approach. I think these approaches need a bit more support. First, regarding your point with respect to mandatory testing, I could not agree more. I made that point tangentially at the beginning by saying there is no

ont été faites dans deux pays scandinaves. Dans un pays, il y avait des tests obligatoires mais pas dans l'autre, et il n'y avait pas de différence dans l'incidence des accidents entre les deux pays. C'est un argument pour ceux qui encouragent l'indépendance.

Pour déterminer si quelqu'un est en mesure de conduire, je pense qu'on a également dit la semaine dernière que sur le formulaire de renouvellement du permis de conduire de la Saskatchewan, il y a une liste de maladies et d'états que les gens doivent remplir une fois par année; la personne coche les maladies qui s'appliquent à elle et répond à des questions sur ces dernières. Jusqu'à un certain point, c'est un questionnaire qui informe les responsables de la réglementation quant à savoir si la personne doit se voir imposer des conditions ou non. Je ne suis pas en désaccord avec cette démarche. Si quelqu'un est relativement honnête — et je pense que la plupart des gens le sont et de loin —, ce serait un pas dans la bonne direction.

Je suis inquiet au sujet des médecins dans ce sens que d'une façon ou de l'autre, ils sont perdants. S'ils constatent que quelqu'un a un problème, ils doivent faire quelque chose dans la plupart des provinces — du moins au Manitoba et je sais qu'il y a d'autres provinces où c'est la même chose. Il y avait une liste de la CAA sur les conditions en vertu desquelles les gens peuvent conduire. Par exemple, quelqu'un qui vit dans le même condominium que moi est atteint de dégénérescence maculaire et ne peut conduire que durant la journée. C'est quelque chose qui arrive constamment.

Mon propos est un peu décousu, mais je crois que l'indépendance et la déclaration volontaire de la part des médecins et des individus concernant leurs problèmes de santé peuvent contribuer grandement à éliminer les risques sur nos routes. La famille et les amis doivent faire leur part à cet égard. On a dû annoncer à des membres de ma famille qu'il était temps pour eux de cesser de conduire. Je sais que mes enfants devront dire la même chose à leur vieux père un jour parce que je me battraï jusqu'au bout. Je refuse catégoriquement de cesser de conduire.

Outre l'indépendance et la déclaration volontaire, quelles autres mesures faut-il prendre, à votre avis? Nous voulons intervenir de manière à favoriser cette indépendance. Êtes-vous du même avis, ou croyez-vous qu'il faut faire plus?

M. Yakabuski : Je suis d'accord avec vous sur à peu près tout ce que vous avez dit. Je crois qu'il s'agit de regrouper ces différents éléments parallèles de manière logique. Il ne fait aucun doute que nous devons assurer l'indépendance des gens le plus longtemps possible et ce, dans l'intérêt de tous. Nous devons reconnaître que ces hommes et ces femmes ont grandement contribué à leur société, ce que nous devrions respecter.

Parallèlement, nous devons également veiller à ce qu'ils ne présentent pas un risque pour eux-mêmes, ni pour les autres automobilistes. Nous devons équilibrer ces objectifs de la manière la plus sensée et raisonnable possible.

Vous avez parlé de l'approche en Saskatchewan. Je pense qu'il faut soutenir un peu plus ces approches. Tout d'abord, je partage tout à fait votre avis sur les examens obligatoires. J'ai fait valoir cet argument indirectement au début en disant qu'il n'existe

evidence that mandatory testing reduces collision rates. That is what most of the literature seems to be saying. That does not seem to be a fruitful effort. By the same token, if you rely solely on self-identification, it is quite possible, speaking realistically, that some people who are a safety risk to themselves and others may well not comply. This is a way of providing the right supports.

We need to provide social and institutional support to those people affected by driving restrictions. We should be looking at the possibility of financially compensating those who are taking on the additional task of driving people, sometimes at great lengths, because they have been deprived of their driving privileges. However, we have to get away from this idea that it is an all or nothing game. As you have pointed out, there are conditions that properly might require restrictions on one's driving privileges but not a full taking away of those privileges. Therefore, if we encourage the understanding that this is not an all or nothing game, perhaps people might also be more willing to comply with the system. They might say, well, I might have some restrictions placed on my ability to drive, but they will not take my licence away entirely. I think that is the fear of many people today. We need to address that. The questions you raise are obviously very good ones.

Senator Stratton: Ms. Lefebvre, with respect to the independence of doctors, I know my physician has hit the magic age of 65 and is stepping back, but he is still practicing and he has a wealth of experience. We want doctors to continue to work and practice for as long as they are willing and able. Do you believe there should be mandatory testing after a certain age in the medical profession or do you think this should be a voluntary thing?

You see people at age 85 who are still operating at a very high level compared to others at the age of 65. I look at that and say, as long as a doctor is capable of working and wants to work, he or she should be encouraged to do so, as long as he or she maintains a standard. Would that be fundamental to what you want to get at? Is that a good question or does it put you in trouble?

Ms. Lefebvre: It does not put me in trouble. You might think that there is not a lot in common between regulating the medical profession and according people the right to drive. However, our colleague in Yukon both regulates physicians and hands out motor vehicle licences; the staff has to multi-task.

The practice of medicine is based on a one-time award of a licence, once the appropriate credentials have been achieved. An annual license renewal process is based on the honour system. Physicians are asked about criminal records and some provinces are moving to mandatory criminal record checks on a regular basis. Physicians are asked if there is anything at all that could impede their right to practice the full scope for which they are licensed. More and more jurisdictions are moving to no longer giving physicians a blanket licence in that the licence will define

aucune preuve que les examens obligatoires réduisent les taux d'accidents de la route. C'est ce que semblent dire la plupart des publications. Cet effort n'a pas l'air d'être fructueux. De même, si vous vous en remettez uniquement à la déclaration volontaire, il est fort possible, si l'on veut être réaliste, que certaines personnes présentant un risque pour elles-mêmes et les autres ne s'y conforment pas. C'est une façon de fournir le soutien approprié.

Nous devons offrir du soutien social et institutionnel aux personnes visées par des restrictions de conduite. Nous devrions examiner la possibilité d'indemniser financièrement les personnes qui assument la tâche supplémentaire de conduire, parfois sur de longues distances, des gens à qui l'on a retiré leurs privilèges de conduire. Toutefois, nous devons cesser de penser que c'est tout ou rien. Comme vous l'avez souligné, il existe des conditions qui pourraient à juste titre exiger l'imposition de restrictions aux privilèges de conduire de quelqu'un, mais pas le retrait de ces privilèges. Par conséquent, si nous préconisons l'idée que ce n'est pas tout ou rien, les gens seront peut-être plus disposés à se conformer au régime. Ils pourraient dire que même si on leur a imposé certaines restrictions sur leur droit de conduire, on ne leur a pas révoqué totalement leur permis. Je crois que c'est ce que craignent bien des gens de nos jours. Nous devons nous pencher là-dessus. Les questions que vous avez soulevées sont sans contredit excellentes.

Le sénateur Stratton : Madame Lefebvre, pour ce qui est de l'indépendance des médecins, je sais que mon médecin a atteint l'âge fatidique de 65 ans et qu'il réduit graduellement ses activités, mais il pratique toujours et possède une vaste expérience. Nous souhaitons que les médecins continuent de travailler aussi longtemps qu'ils en ont la volonté et la capacité. À votre avis, les médecins devraient-ils subir des examens obligatoires après un certain âge ou devraient-ils quitter volontairement la profession?

On voit des gens de 85 ans qui sont encore très fonctionnels comparativement à d'autres âgés de 65 ans. À mon avis, aussi longtemps qu'un médecin a la capacité et la volonté de travailler, on devrait l'encourager à le faire, tant qu'il respecte une norme. Est-ce essentiellement là où vous voulez en venir? Cette question est-elle pertinente ou vous met-elle dans l'embarras?

Mme Lefebvre : Elle ne me met pas dans l'embarras. Vous pensez peut-être que réglementer la profession médicale et octroyer aux gens le droit de conduire n'ont pas grand-chose en commun. Toutefois, notre collègue du Yukon réglemente les médecins et délivre des permis de conduire; le personnel doit accomplir des tâches multiples.

Pour pratiquer, le médecin reçoit une seule autorisation, une fois qu'il a obtenu les qualifications voulues. Un processus annuel de revalidation se fonde sur le régime de confiance. On demande aux médecins s'ils ont un dossier criminel et certaines provinces prennent actuellement des dispositions pour procéder à des vérifications obligatoires du casier judiciaire régulièrement. On demande aux médecins s'il y a quoi que ce soit qui pourrait entraver leur droit de pratique complète. De plus en plus d'instances prennent des mesures pour ne plus accorder une

what they have the right to do when they are interacting with patients, other health care professionals and the system.

The honour system works well if it is in a non-punitive environment. At the same time, we have the expectations of the practicing physicians that they will be given the independence to make decisions or that they will be surrounded in a way that allows them to make the right decision in a non-punitive environment, and then we have the expectations of the public. When there is an adverse event, often the consequences are dire and affect many people.

We know that physicians and the public expect that physicians will keep up. When we ask physicians and the public whether they expect physicians to account for keeping current on a regular basis, we see divergent opinions. Physicians would like to continue on the honour system but the public expect something more tangible.

We still have faith in the revalidation system, although it is still in its infancy. When a physician is targeted for an audit, it is simply a peer review audit. For example, if it is found that a physician is prescribing too much of any given narcotic, peers perform an audit to determine why that is happening. It might be because of a specific patient population or there might be no justification for it at all. The regulatory authority has no choice but to intervene in a way that will bring that physician's practice in line with the standards or do something to limit or prevent that physician from practicing.

Senator Stratton: All things being equal, you would want them to continue to practice as long as they are capable.

Ms. Lefebvre: Yes.

Senator Stratton: The independence factor is so important to me in all aspects of life as we get older. The more we encourage that, the healthier we will be as a society.

Ms. Lefebvre: The increasing number of physicians over a certain age in most jurisdictions who are continuing to practice is an indication that there is no barrier to continue, other than how they succeed at the various steps where they need to demonstrate that they still have the competence to do so.

Senator Cordy: Do any jurisdictions have limitations on licences for those with medical conditions? You mentioned earlier about the need to wear eyeglasses. Are there any such jurisdictions in Canada?

Mr. Yakabuski: As a standard procedure, not that I am aware of, senator.

Senator Cordy: I am interested in your comment about consideration to provide fiscal incentives. Theoretically, that is a wonderful idea. Most people take their neighbour to see a doctor or to buy their groceries because they are good, kind people. Providing financial assistance, even just for gas for the vehicle used would be wonderful. However, with all the things that happen in government, it would become so complicated that you would have to fill out a 10-page document or more to get

autorisation générale aux médecins de façon à ce que celle-ci définisse ce qu'ils ont le droit de faire quand ils interagissent avec les patients, les autres professionnels de la santé et le système.

Le régime de confiance donne de bons résultats s'il est mis en place dans un cadre non punitif. Par ailleurs, il y a les médecins praticiens qui s'attendent à être libres de prendre des décisions ou à être encadrés d'une façon qui leur permet de prendre la bonne décision dans un cadre non punitif. Puis, il y a aussi les attentes du public. Quand un incident négatif survient, les conséquences sont souvent terribles et touchent un grand nombre de personnes.

Nous savons que le corps médical et le public s'attendent à ce que les médecins se tiennent à jour. Quand on leur demande s'ils croient que les médecins devraient être comptables de se tenir au fait régulièrement, les opinions divergent. Les médecins aimeraient poursuivre avec le régime de confiance, mais le public veut quelque chose de plus concret.

Nous avons toujours confiance au système de revalidation, même s'il n'en est qu'à ses débuts. Quand un médecin est sélectionné pour une vérification, il ne s'agit que d'une évaluation par les pairs. Par exemple, si on découvre qu'un médecin prescrit trop d'un narcotique donné, des pairs procèdent à une vérification pour en déterminer la raison. Ce peut être parce qu'il traite un groupe de patients précis ou il pourrait n'y avoir aucune explication. L'organisme de réglementation n'a d'autre choix que d'intervenir pour amener le médecin à se conformer aux normes ou pour limiter son droit de pratique ou l'empêcher d'exercer.

Le sénateur Stratton : Tout bien considéré, vous voudriez qu'ils continuent d'exercer aussi longtemps qu'ils en sont capables.

Mme Lefebvre : Oui.

Le sénateur Stratton : À mes yeux, l'indépendance est un facteur si important dans tous les aspects de la vie en vieillissant. Plus nous la favoriserons, plus notre société s'en portera mieux.

Mme Lefebvre : Le nombre croissant de médecins d'un certain âge dans la plupart des instances qui continuent d'exercer révèle que rien ne les empêche de continuer, mis à part leur niveau de réussite aux différentes étapes où ils doivent démontrer qu'ils ont toujours les compétences pour pratiquer.

Le sénateur Cordy : Y a-t-il des instances qui imposent des restrictions au permis de ceux qui souffrent de problèmes de santé? Vous avez mentionné tout à l'heure la nécessité de porter des lunettes. Avons-nous des instances au Canada qui le font?

M. Yakabuski : Comme pratique courante, pas que je sache, sénateur.

Le sénateur Cordy : Votre suggestion d'offrir des incitatifs fiscaux m'intéresse. En théorie, c'est une merveilleuse idée. La plupart des gens conduisent leur voisin pour aller chez le médecin ou à l'épicerie parce qu'ils sont aimables. Ce serait formidable de fournir une aide financière, ne serait-ce que pour l'essence. Toutefois, avec l'appareil gouvernemental, ça deviendrait tellement compliqué qu'il vous faudrait remplir un document de 10 pages ou plus pour obtenir un remboursement de 15,98 \$ pour

your \$15.98 back for gas. I also wonder about a motive behind your suggestion because you are in the insurance business. If some kind-hearted person drives someone to doctor's appointments and to the grocery store every week, will their insurance rates go up? I think it is a great idea but how can it be accomplished simply?

Mr. Yakabuski: Senator, we have not worked out all the technicalities, as I have said, but it is a way of giving expression to the saying "put your money where your mouth is." If you want to encourage independence, as I think we should, then we have to give support to those people taking on that extra burden. Obviously, we would want to make this as administratively streamlined as possible. Surely, where there is a will, there is a way. It would be a way of building and maintaining communities, and surely that is what our tax dollars should be doing. Obviously, much would have to be worked out but the idea should be explored because independence is so important.

Senator Cordy: It is a good idea but I am not sure how we can keep it simple with government involved.

Ms. Lefebvre, you spoke to self-regulation and the fact that the provinces work independently. Do the provincial colleges of physicians and surgeons get together to talk about these things? Has there been any discussion about developing national standards so that eventually a review in Nova Scotia would be the same as a review in Saskatchewan?

Ms. Lefebvre: We are planning our first meeting under the review of the mutual recognition agreements, through money funded by HRSDC. Two members did not sign in 2001, before Nunavut became an independent regulatory authority. We are reviewing that with a compliance deadline of April 1, 2009. One of the issues we are looking at deals with labour mobility and chapter 7.

If you open up that whole issue, you might as well open up the whole thing. We have national standards for the gold standard licence in Canada, which states that you must graduate from a medical school, preferably in Canada or one of the accredited schools in the United States with whom there is a reciprocal arrangement; hold a licentiate of the Medical Council of Canada; and hold a certificate from a college of physicians and surgeons in Canada in family medicine or a certificate in a medical specialty or surgical specialty from the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. That is the gold standard that is national at several levels.

We are moving toward national approaches to revalidation, although we realize that Prince Edward Island cannot mount the same kind of revalidation process as Ontario. Prince Edward Island licenses about 200 physicians while Ontario has about 30,000. However, we have that "rob and duplicate" approach. When we get together on a regular basis at our annual general meeting, our registration people talk about how they can standardize registration processes and questions, et cetera. We

l'essence. Je me demande également ce qui vous pousse à faire cette suggestion puisque vous travaillez dans le domaine des assurances. Si une personne au grand cœur conduit quelqu'un à ses rendez-vous chez le médecin ou à l'épicerie chaque semaine, ses primes d'assurance augmenteront-elles? Je crois que c'est une excellente idée, mais comment peut-on l'appliquer simplement?

M. Yakabuski : Sénateur, nous n'avons pas encore réglé tous les détails techniques, comme je l'ai dit, mais c'est une façon de donner une forme concrète au dicton : « Joindre l'acte à la parole ». Si vous voulez favoriser l'indépendance, ce que nous devrions faire à mon avis, il faudrait aider ces personnes à assumer ce fardeau supplémentaire. Évidemment, nous voudrions simplifier le plus possible le processus sur le plan administratif. Bien sûr, quand on veut, on peut. Ce serait une façon de bâtir et de maintenir des collectivités, et l'argent de nos impôts devrait sans aucun doute servir à cette fin. Évidemment, il resterait à régler bien des détails, mais l'idée devrait être explorée parce que l'indépendance est si importante.

Le sénateur Cordy : C'est une excellente idée, mais je ne vois pas comment nous pouvons faire en sorte que ce soit simple quand le gouvernement est en cause.

Madame Lefebvre, vous avez parlé d'autoréglementation et du fait que les provinces travaillent de façon indépendante. Les collèges des médecins et chirurgiens provinciaux se réunissent-ils pour parler de ces sujets? Y a-t-il eu des discussions pour établir des normes nationales afin qu'un jour, un examen en Nouvelle-Écosse soit le même que celui en Saskatchewan?

Mme Lefebvre : Nous planifions actuellement notre première réunion pour examiner les accords de reconnaissance mutuelle grâce au financement de RHDSC. Deux membres n'ont pas signé en 2001, avant que le Nunavut devienne une autorité réglementaire indépendante. Nous en faisons l'examen et devons respecter le délai de conformité du 1^{er} avril 2009. L'une des questions que nous étudions porte sur la mobilité de la main-d'œuvre et le chapitre 7.

Si on étudie toute cette question, autant étudier tout le dossier. Nous avons des normes nationales pour le permis de référence au Canada, qui énoncent que vous devez obtenir votre diplôme d'une école de médecine, de préférence au Canada ou dans l'une des écoles accréditées aux États-Unis avec qui nous avons conclu un accord de réciprocité; détenir une licence du Conseil médical du Canada; et avoir reçu un certificat d'un collège des médecins et chirurgiens au Canada en médecine familiale ou un certificat de médecin spécialiste ou de chirurgien du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. C'est la norme de référence au pays à plusieurs égards.

Nous nous dirigeons vers des approches nationales de revalidation, bien que nous soyons conscients que l'Île-du-Prince-Édouard ne peut pas mettre sur pied le même type de processus de revalidation que l'Ontario. L'Île-du-Prince-Édouard accrédite environ 200 médecins et l'Ontario, 30 000. Toutefois, nous avons cette approche visant à nous imiter les uns les autres. À notre assemblée générale annuelle, notre personnel chargé de l'accréditation discute

have put in place a Physician Credentials Registry of Canada, which means that if you are a physician in Ontario and you want to consider practicing in Quebec, Nova Scotia or British Columbia, you can have a central repository of your credentials from which the regulatory authorities can obtain that information, thus eliminating a repetitive process. Other than in the Atlantic provinces, we do not have a standardized process for peer review. Currently, we are putting all of our efforts on revalidation. There was the Atlantic system for a while but Nova Scotia has since pulled out of that to put its Nova Scotia Physician Achievement Review, NSPAR, program in place. We do not despair of national approaches and instead work on them quite hard. I do not despair that in my lifetime we will not even broach the topic of national licensure.

Senator Cordy: If I hear of a doctor in Nova Scotia being looked at by the College of Physicians and Surgeons, I immediately think they have done something wrong. If such a peer review becomes a regular part of being an accredited physician, would you need some public relations funding built in so that people can be made aware that this is standard procedure?

Ms. Lefebvre: Yes, I could not agree more. Once we get endorsement from our members on revalidation, the issue of public relations is most important.

Senator Keon: I congratulate both of you on your presentation. You have very objective remarks and you are making a great deal of progress in both areas.

Many times during my life, I dealt with the dilemma of whether people should drive after receiving a pacemaker. You are wise and you should try to find a way — and perhaps we should try to help you — to define high-risk drivers because this is an issue of public safety. We want to be good to seniors and encourage them in every way, but we also have an obligation to protect the public.

On the question of transportation, I am aware of and I also used voluntary agencies which provide drivers for people who are incapacitated. Ninety per cent of these voluntary drivers were seniors. I have often thought that as a resource it has never been encouraged or exploited fully. I have to agree with Senator Cordy that your idea of a financial incentive to those drivers would get so complicated with bureaucracy, it would be unworkable.

Ms. Lefebvre, for 16 years of my life, I had to deal with competency on an annual basis. I think there is nothing more difficult than calling in a surgeon who has turned 66 years-old and discussing with whether he or she should continue to practice. When the mandatory retirement at age 65 came into our institution, it became easy. It was easier to extend someone for

notamment de la manière dont il peut normaliser les processus et questions en la matière. Nous avons mis en place le Registre de compétences des médecins du Canada, ce qui signifie que si vous êtes médecin en Ontario et envisagez d'exercer au Québec, en Nouvelle-Écosse ou en Colombie-Britannique, vous pouvez regrouper vos titres de compétences dans une base de données centrale à laquelle peuvent avoir accès les autorités réglementaires, ce qui évite de répéter le processus. Ailleurs que dans les provinces de l'Atlantique, nous ne disposons pas d'un processus normalisé d'évaluation par les pairs. À l'heure actuelle, nous concentrons tous nos efforts sur la revalidation. Il y a eu le système dans la région de l'Atlantique pendant un certain temps, mais la Nouvelle-Écosse s'est depuis retirée pour mettre en place son programme Nova Scotia Physician Achievement Review (NSPAR). Plutôt que de renoncer aux approches nationales, nous y travaillons activement. Je ne désespère pas que de mon vivant, nous aborderons le sujet de permis nationaux.

Le sénateur Cordy : Si j'entends parler que le Collège des médecins et chirurgiens se penche sur le dossier d'un médecin en Nouvelle-Écosse, je pense tout de suite qu'il a fait quelque chose de mal. Si une telle évaluation par les pairs vient à faire partie intégrante de la fonction de médecin accrédité, aurez-vous besoin de financement pour les relations publiques afin d'informer les gens qu'il s'agit d'une pratique courante?

Mme Lefebvre : Oui, je suis tout à fait d'accord. Une fois que nous obtenons l'appui de nos membres sur la revalidation, la question des relations publiques est ce qui importe le plus.

Le sénateur Keon : Je vous félicite tous les deux pour votre exposé. Vous avez fait des observations très objectives et vous réalisez d'énormes progrès dans les deux secteurs.

À maintes reprises dans ma vie, j'ai été confronté au dilemme de savoir si une personne ayant un stimulateur cardiaque devrait avoir le droit de conduire. Vous êtes intelligents et vous devriez essayer de trouver un moyen de définir les conducteurs à risque élevé — et nous devrions peut-être vous aider à le faire — puisque c'est une question de sécurité publique. Nous voulons bien traiter les personnes âgées et les aider de toutes les manières possibles, mais nous avons aussi l'obligation de protéger le public.

En ce qui a trait à la question des transports, je connais des organismes bénévoles qui offrent des services pour conduire des personnes handicapées, et j'y ai d'ailleurs eu recours. Quatre-vingt-dix pour cent de ces conducteurs bénévoles étaient des personnes âgées. J'ai souvent pensé que cette ressource n'a jamais été encouragée ou exploitée au maximum. Je dois convenir avec le sénateur Cordy que votre idée d'offrir un incitatif financier à ces conducteurs deviendrait si compliquée avec la bureaucratie, qu'elle serait irréalisable.

Madame Lefebvre, j'ai passé 16 ans de ma vie à traiter de la question de la compétence année après année. Je crois qu'il n'y a rien de plus difficile que de convoquer un chirurgien qui vient d'avoir 66 ans pour discuter avec lui s'il devrait continuer d'exercer. Quand la question de la retraite obligatoire à l'âge de 65 ans a été présentée à notre institution, c'est devenu facile. Il

another year, but before that trying to restrict someone who is on the borderline was an extremely difficult subject.

We must be extremely careful in the medical profession. When things go wrong, they go terribly wrong. We are all seeing this in the press right now where things went wrong with an individual. We must be careful about what doctors are allowed to continue after their skills are starting to fade or after their vision has faded. The window is long. Vision begins to fade at about age 40 and it keeps fading.

A tremendous change takes place with fine motor movements in people over 50. For someone who looks the same when they are 70 years-old as they did at 50 does not mean they are the same. We must be careful because we have an obligation to protect the public.

I have no questions for Ms. Lefebvre because I am aware of what you do and I congratulate you for that.

The Chair: Mr. Yakabuski, what would you think of a licence that could be limited on the basis of visual impairment, medication impairment, dementia impairment, seizure impairment or other medical impairment and one that restricted total driving — for example from night hours, roads greater than four lanes or rush hour from 9:30 a.m. to 3:30 p.m.?

Mr. Yakabuski: That is very creative and with your permission, I would like to take that back to the people we have been talking with today.

The Chair: You may. You may find it in our report. I want to thank you both. You have clarified a number of issues for us.

Honourable senators, next week we are discussing pensions, both private and public. Hopefully, that will be the end of our witnesses for the next while as we have an interim report to produce.

The committee adjourned.

était plus facile de prolonger d'une autre année la carrière de quelqu'un, mais auparavant, essayer de limiter les fonctions d'une personne au bord de la retraite était un sujet extrêmement difficile.

Nous devons être extrêmement prudents dans la profession médicale. Quand les choses vont mal, elles vont terriblement mal. À l'heure actuelle, nous avons un exemple dans les médias d'un cas où la situation a dérapé. Nous devons faire preuve de prudence pour décider quels médecins peuvent continuer d'exercer lorsque leurs facultés commencent à se dégrader ou que leur vue a baissé. Ça prend du temps. La vision commence à faiblir vers l'âge de 40 ans et continue de diminuer.

La capacité motrice fine change considérablement chez les gens de plus de 50 ans. Un septuagénaire n'est plus la même personne qu'elle était à 50 ans, même si physiquement, il n'a pas changé. Nous devons être vigilants parce que nous avons l'obligation de protéger le public.

Je n'ai aucune question pour Mme Lefebvre, car je suis au courant de votre travail et je vous en félicite.

La présidente : Monsieur Yakabuski, que diriez-vous d'un permis qui pourrait être restreint en fonction des conditions médicales liées à la vision, à la prise de médicaments, à la démence, à des crises ou d'autres problèmes médicaux et d'un autre permis qui limiterait la conduite — par exemple, la nuit, sur les routes de plus de quatre voies ou durant les heures de pointe de 9 h 30 à 15 h 30?

M. Yakabuski : C'est très créatif et, si vous me le permettez, j'aimerais présenter cette idée aux personnes avec qui nous avons parlé aujourd'hui.

La présidente : D'accord. Vous la trouverez sans doute dans notre rapport. Je tiens à vous remercier tous les deux. Vous avez clarifié un certain nombre de questions pour nous.

Honorables sénateurs, nous discuterons la semaine prochaine des régimes de retraite publics et privés. Espérons que nous n'aurons plus d'autres témoins à entendre pour un certain temps puisque nous avons un rapport provisoire à produire.

La séance est levée.

Monday, February 4, 2008

Correctional Service of Canada:

Ross Toller, Assistant Commissioner, Correctional Operations and Programs;

Leslie MacLean, Assistant Commissioner, Health Services.

Office of the Correctional Investigator:

Ed McIsaac, Executive Director;

Howard Sapers, Correctional Investigator.

Canadian Association of Elizabeth Fry:

Kim Pate, Executive Director.

Insurance Bureau of Canada:

Mark Yakabuski, President and Chief Executive Officer.

Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada:

Fleur-Ange Lefebvre, Executive Director and Chief Executive Officer.

Le lundi 4 février 2008

Service correctionnel du Canada :

Ross Toller, commissaire adjoint, Opérations et programmes correctionnels;

Leslie MacLean, commissaire adjointe, Services de santé.

Bureau de l'Enquêteur correctionnel :

Ed McIsaac, directeur exécutif;

Howard Sapers, enquêteur correctionnel.

Association canadienne des Sociétés Elizabeth Fry :

Kim Pate, directrice exécutive.

Bureau d'assurance du Canada :

Mark Yakabuski, président et chef de la direction.

Fédération des ordres des médecins du Canada :

Fleur-Ange Lefebvre, directrice générale et chef de la direction.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Monday, January 28, 2008

Canadian Automobile Association:

David M. Munroe, Chair of the Board CAA National;

Christopher White, Vice-President, Public Affairs.

Canadian Medical Association:

Dr. Briane Scharfstein, Associate Secretary General, Professional Affairs.

Lakehead University:

Dr. Michel Bédard, Canada Research Chair in Aging and Health.

The Rehabilitation Centre, Ottawa Hospital:

Dr. Shawn Marshall, Associate Professor.

Canadian Centre for Elder Law Studies:

Laura Watts, National Director.

Alzheimer Society of Nova Scotia:

Jeanne Desveaux, President.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le lundi 28 janvier 2008

Association canadienne des automobilistes :

David M. Munroe, président du conseil d'administration CA national;

Christopher White, vice-président, Affaires publiques.

L'Association médicale canadienne :

Dr Briane Scharfstein, secrétaire général associé, Affaires professionnelles.

Université Lakehead :

Dr Michel Bédard, chaire de recherche du Canada en vieillissement et santé.

Le centre de réadaptation, Hôpital d'Ottawa :

Dr Shawn Marshall, professeur associé.

Canadian Centre for Elder Law Studies :

Laura Watts, directrice nationale.

Société Alzheimer de la Nouvelle-Écosse :

Jeanne Desveaux, présidente.

(Suite à la page précédente)



2A1
YC2
2006
A33



Second Session
Thirty-ninth Parliament, 2007-08

Deuxième session de la
trente-neuvième législature, 2007-2008

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Special
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur le*

Aging

Vieillessement

Chair:

Présidente :

The Honourable SHARON CARSTAIRS, P.C.

L'honorable SHARON CARSTAIRS, C.P.

Monday, February 11, 2008
Monday, March 3, 2008 (in camera)

Le lundi 11 février 2008
Le lundi 3 mars 2008 (à huis clos)

Issue No. 4

Fascicule n° 4

Sixth and seventh meetings on:
Special study on aging

Sixième et septième réunions concernant :
L'étude spéciale sur le vieillissement

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE SPECIAL SENATE COMMITTEE
ON AGING

The Honourable Sharon Carstairs, P.C., *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Chaput

Cordy

Cools

* Hervieux-Payette, P.C.
(or Tardif)

Keon

* LeBreton, P.C.
(or Comeau)

Mercer

Stratton

*Ex officio Members

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL
SUR LE VIEILLISSEMENT

Présidente : L'honorable Sharon Carstairs, C.P.

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

Chaput

Cordy

Cools

* Hervieux-Payette, C.P.
(ou Tardif)

Keon

* LeBreton, C.P.
(ou Comeau)

Mercer

Stratton

* Membres d'office

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Monday, February 11, 2008

(7)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:36 p.m., in room 9, Victoria Building, the chair, the Honourable Senator Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Cools, Cordy, Keon, Mercer and Stratton (6).

In attendance: Julie Cool, Philippe Le Goff and Havi Echenberg, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The Official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1*)

WITNESSES:*Statistics Canada:*

René Morissette, Assistant Director, Research Business and Labour Market Analysis Division;

Garnett Picot, Director General, Socio-Economic and Business Analysis;

Ted Wannell, Assistant Director, Labour and Household Analysis Division.

As individuals:

John Myles, Canada Research Chair and Professor of Sociology, University of Toronto;

Derek Hum, Professor of Economics, University of Manitoba.

Human Resources and Social Development Canada:

Maxime Fougère, Assistant Director, Labour Market Research and Forecasting.

Informetrica Limited:

Richard Shillington, Senior Associate.

Women Elders in Action (by videoconference):

Alice West, Chair;

Elsie Dean, Researcher;

Jan Westlund, Coordinator.

The chair made a statement.

Mr. Picot, Mr. Morissette, Mr. Wannell and Mr. Fougère each made a presentation and, with Mr. Myles, answered questions.

At 1:57 p.m., the committee suspended.

At 2:04 p.m., the committee resumed.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le lundi 11 février 2008

(7)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 36, dans la salle 9 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Cools, Cordy, Keon, Mercer et Stratton (6).

Aussi présents : Julie Cool, Philippe Le Goff et Havi Echenberg, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Également présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son examen des implications du vieillissement de la société au Canada. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :*Statistique Canada :*

René Morissette, directeur adjoint à la recherche, Division de l'analyse des entreprises et du marché du travail;

Garnett Picot, directeur général, Analyse socioéconomique et commerciale;

Ted Wannell, directeur adjoint, Division de l'analyse des enquêtes auprès des ménages et des enquêtes sur le travail.

À titre personnel :

John Myles, Chaire de recherche du Canada et professeur de sociologie, Université de Toronto;

Derek Hum, professeur de sociologie, Université du Manitoba.

Ressources humaines et Développement social Canada :

Maxime Fougère, directeur adjoint, Prévisions et recherche sur le marché du travail.

Informetrica Limited :

Richard Shillington, conseiller délégué principal.

Women Elders in Action (par vidéoconférence) :

Alice West, présidente;

Elsie Dean, attachée de recherche;

Jan Westlund, coordonnatrice.

La présidente fait une déclaration.

MM. Picot, Morissette, Wannell et Fougère font chacun un exposé puis, aidés de M. Myles, répondent aux questions.

À 13 h 57, la séance est interrompue.

À 14 h 4, la séance reprend.

Mr. Hum, Mr. Shillington, Ms. West and Ms. Dean each made a presentation and answered questions.

At 3:32 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Monday, March 3, 2008
(8)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met in camera this day in, at 12:35 p.m., in room 9, Victoria Building, the chair, the Honourable Senator Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cools, Cordy, Keon and Mercer (6).

In attendance: Julie Cool and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1*)

Pursuant to rule 92(2)(f), the committee considered a draft report.

It was agreed that senators' staff be permitted to remain for the in camera session.

It was agreed that the committee adopt the interim draft report entitled *Issues and Options for an Aging Population*, and that the chair and deputy chair be empowered to make any editorial and grammatical changes required prior to the tabling the report in the Senate.

Pursuant to rule 92(2)(e), the committee proceeded to discuss a draft agenda.

At 1:22 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

M. Hum, M. Shillington, Mme West et Mme Dean font chacun un exposé puis répondent aux questions.

À 15 h 32, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le lundi 3 mars 2008
(8)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui à huis clos, à 12 h 35, dans la salle 9 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cools, Cordy, Keon et Mercer (6).

Aussi présents : Julie Cool et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son examen des implications du vieillissement de la société au Canada. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

Conformément à l'alinéa 92(2)f) du Règlement, le comité examine l'ébauche d'un rapport.

Il est convenu d'autoriser le personnel des sénateurs à rester dans la salle pendant la séance à huis clos.

Il est convenu que le comité adopte l'ébauche de rapport intitulée *Enjeux et options pour une population vieillissante*, et que la présidente et le vice-président soient autorisés à corriger les erreurs de frappe et d'ordre stylistique avant le dépôt du rapport au Sénat.

Conformément à l'alinéa 92(2)e) du Règlement, le comité examine son ébauche d'ordre du jour.

À 13 h 22, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Keli Hogan

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, February 11, 2008

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:36 p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (Chair) in the chair.

The Chair: Good afternoon. Additional senators will be joining us. There are significant travel problems across the country, with delayed flights and so forth. However, we do not want to hold up the panel any longer.

This afternoon, we have with us Garnett Picot, Director General, Socio-Economic and Business Analysis, Statistics Canada, and he will be our first speaker. Also at our table today is René Morissette, Assistant Director, Research Business and Labour Market Analysis Division, Statistics Canada; Ted Wannell, Assistant Director, Labour and Household Analysis Division, Statistics Canada; and John Myles, Canada Research Chair and Professor of Sociology, University of Toronto.

Welcome to all of you. We have been engaged in the Special Senate Committee on Aging, examining the implications of an aging society in Canada. Today, we hope to focus on retirement and income issues, and so we will with Mr. Picot.

Garnett Picot, Director General, Socio-Economic and Business Analysis, Statistics Canada: Mr. Morissette and I will make this presentation jointly. We will start with the wealth and income position of the retirement and pre-retirement population. Briefly, we will talk about the extent to which income levels and replacement rates are maintained as people age up to age 75; what is the difference between those who start with high earnings and those who start with low earnings, and how are more recent retirement cohorts faring, compared to earlier groups of retirees. Then, René Morissette will talk about the wealth position of older Canadians over the last 15 to 20 years.

By replacement rate we mean the family income of someone at say age 75, relative to their family income at age 55. If their income was exactly the same at 75 as at 55 the replacement rate would be one. If it was 15 per cent lower, the replacement rate would be 0.85. We are using family income as a concept here because we are interested in the welfare of these individuals.

For data reasons, we excluded people earning less than \$10,000 at age 55. We do not include the very poor here. We do not have people with very low earnings. The way to think about this research is, we are focusing on the levels of income and

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 11 février 2008

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 36, pour examiner, en vue d'en faire rapport, les incidences du vieillissement sur la société canadienne.

Le sénateur Sharon Carstairs (présidente) occupe le fauteuil.

La présidente : Bonjour. D'autres sénateurs vont se joindre à nous. C'est assez difficile de se déplacer aujourd'hui, un peu partout au pays; il y a des vols en retard, et ainsi de suite. Nous ne voulons cependant pas retenir les témoins plus longtemps.

Nous recevons cet après-midi Garnett Picot, directeur général de l'analyse socioéconomique et commerciale à Statistique Canada, qui va présenter le premier exposé. Nous recevons également René Morissette, directeur adjoint à la recherche, Division de l'analyse des entreprises et du marché du travail, et Ted Wannell, directeur adjoint, Division de l'analyse des enquêtes auprès des ménages et sur le travail, tous deux de Statistique Canada également. Nous accueillons aussi John Myles, qui est titulaire d'une chaire de recherche et professeur de sociologie à l'Université de Toronto.

Bienvenue à tous. Nous avons formé le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement pour examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne. Nous souhaitons aujourd'hui aborder la question de la retraite et du revenu, et nous allons commencer par écouter l'exposé de M. Picot là-dessus.

Garnett Picot, directeur général, Analyse socioéconomique et commerciale, Statistique Canada : M. Morissette et moi allons faire l'exposé ensemble. Nous allons commencer par parler du niveau de richesse et de revenu des retraités et des préretraités. Ensuite, nous allons brièvement examiner la mesure dans laquelle le niveau de richesse et le taux de remplacement sont maintenus lorsque les gens atteignent l'âge de 75 ans, les différences entre la situation des gens qui ont des revenus élevés au départ et celles des gens qui ont des revenus faibles, ainsi que la situation des dernières cohortes de retraités par rapport aux précédentes. René Morissette va ensuite parler de l'évolution du niveau de richesse des Canadiens âgés au cours des 15 à 20 dernières années.

Par taux de remplacement, nous entendons le revenu familial d'une personne âgée de 75 ans, par exemple, par rapport à son revenu familial à 55 ans. Si le revenu de cette personne est exactement le même à 75 ans qu'il l'était à 55 ans, le taux de remplacement est de 1. Si le revenu est de 15 p. 100 inférieur, le taux de remplacement passe à 0,85. Nous utilisons le concept de revenu familial parce que nous nous intéressons au bien-être des retraités.

Pour des motifs liés aux données, nous avons exclu les personnes dont le revenu était inférieur à 10 000 \$ à l'âge de 55 ans. Notre analyse ne porte pas sur les personnes très pauvres. Les personnes ayant un revenu très faible sont exclues.

the levels of income replacement for people who had a significant attachment to the labour force at age 55; that is, they earned more than \$10,000.

The reason we decided to proceed with this study in spite of that shortfall was because we know the pension system has been fairly effective in poverty reduction and poverty prevention, by and large, but we do not know much about income maintenance of the extent to which we maintain pre-retirement lifestyles, so that is what we are focusing on.

Page 4 shows income levels as people age from age 55 to age 75 across the bottom of the chart, and the red line is the income levels of people who were age 55 in 1983. That is our cohort. You can see that income levels remain flat up to about age 60 or 61 for the top quintile. This group is the richest 20 per cent of individuals. If we focus on what happens to them during their 70s, you can see that their income falls by about 15 per cent. If look at the people who are at the top of the income distribution when they move into retirement, the red line, their income falls by about 15 per cent by the time they are in their 70s.

If we look at the average, which is the black line in the middle, income falls about 10 per cent, and if we look at the bottom quintile, that is, poorest 20 per cent in our sample, their family income does not change as they move from age 55 to 75.

It does not change because Old Age Security, the Guaranteed Income Supplement and Canada Pension Plan replace earnings. Page 5 tells us, by age 65 and 75, what the sources of income are: people at the top of the earnings income distribution at age 55 and the bottom. For the bottom quintile, as you would expect, by age 75, 60 per cent of their income is OAS, GIS and CPP. That is where their income comes from.

In the top quintile, 40 per cent of their income is from private pensions. Investment and capital gains also plays a major role. About two-thirds of their income come from those two sources. You can see the differences in income sources across the income distribution.

Page 6 shows the replacement rates I spoke about earlier. The replacement rate among the bottom quintile is the blue line at the top. If you focus on the period during the 1970s, which is the right-hand side — again these people were age 55 in 1983 — replacement rate at age 55 by definition is one, and by the time they are in their 70s, it is about one as well.

Because OAS, GIS and CPP replace earnings, income replacement rates remain at about one for this population. The median income replacement rate is about 0.8. If you want to describe the population with one single number, you would

Ce que nous avons voulu faire dans le cadre de l'étude, c'est d'examiner le niveau de revenu et le taux de remplacement du revenu des gens dont l'activité sur le marché du travail était significative à l'âge de 55 ans, c'est-à-dire qu'ils gagnaient plus de 10 000 \$ par année.

La raison pour laquelle nous avons voulu effectuer cette étude malgré tout, c'est que nous savons que le régime de pensions a été passablement efficace pour réduire et prévenir la pauvreté, de façon générale, mais que nous ne savons pas grand-chose du maintien du revenu et du train de vie après la retraite, et c'est donc là-dessus que nous nous sommes concentrés.

La figure de la page 4 montre l'évolution du niveau de revenu entre 55 et 75 ans — dans le bas de la figure —, et la courbe rouge représente le niveau de revenu des gens âgés de 55 ans en 1983. Ce sont ces gens qui forment notre cohorte. Vous voyez que le niveau de revenu demeure stable jusqu'à 60 ou 61 ans dans le quintile supérieur. Ce groupe est constitué des 20 p. 100 des gens les plus riches. Si nous examinons leur situation après 70 ans, vous voyez que leur revenu diminue d'environ 15 p. 100. Les gens dont le revenu est le plus élevé au moment de prendre leur retraite — ceux qui sont représentés par la courbe rouge — voient leur revenu diminuer d'environ 15 p. 100 après 70 ans.

Chez les gens dont le revenu est moyen — ils sont représentés par la ligne noire au centre —, le revenu diminue d'environ 10 p. 100, et chez ceux qui forment le quintile inférieur, c'est-à-dire les 20 p. 100 les plus pauvres de notre échantillon, le revenu familial n'évolue pas entre 55 et 75 ans.

Le revenu de ces gens ne change pas parce que les prestations de la Sécurité de la vieillesse et du Régime de pensions du Canada, ainsi que le Supplément de revenu garanti remplacent leur revenu. À la page 5, vous pouvez voir les sources de revenu des gens âgés de 65 ans et de 75 ans : les gens qui avaient les revenus les plus élevés à 55 ans et ceux qui avaient les revenus les plus faibles. Quant à ceux qui appartiennent au quintile inférieur, comme on pouvait s'y attendre, lorsqu'ils ont 75 ans, 60 p. 100 de leurs revenus proviennent de la SV, du SRG et du RPC. C'est de ces sources qu'ils tirent leurs revenus.

Les gens qui composent le quintile supérieur tirent quant à eux 40 p. 100 de leur revenu de régimes de pensions privés. Les investissements et les gains en capital jouent également un rôle important. Près des deux tiers du revenu de ces gens proviennent de ces deux sources. Vous voyez que les sources de revenu varient en fonction du niveau de revenu.

À la page 6, vous voyez les taux de remplacement dont j'ai parlé tout à l'heure. Le taux de remplacement du quintile inférieur est représenté par la courbe bleue, en haut. Si vous jetez un coup d'œil sur la période pendant laquelle les gens en question ont 70 ans et plus, c'est-à-dire la partie de la courbe qui est à droite, — encore une fois, il s'agit de gens qui avaient 55 ans en 1983 — le taux de remplacement à 55 ans est par définition de 1, et, quand ces gens ont atteint 70 ans, il est toujours de un.

Comme les prestations de SV et du RPC, ainsi que le SRG remplacent les revenus d'emploi qu'ils n'ont plus, les gens de ce groupe continuent d'avoir un taux de remplacement du revenu d'environ un point. Pour ce qui est du revenu médian, le taux de

probably go to the median and see an income replacement rate of about 0.8. For the people at the top, replacement rates are 0.75 to 0.8.

These replacement rates are fairly high. Not everyone has these levels of replacement rates. About 20 per cent of the population has a replacement rate below 0.6, so some people have much lower replacement rates. If you take a look at the people in the middle of the income distribution and take a population that has basically the same income at age 55, some of them will have high income replacement rates and some will have low income replacement rates. What makes the difference? We concluded that early in the retirement years, it is mainly earnings. Those who maintain high income replacement rates have more earnings, either by themselves or with another family member. By the time they are in the 70s, it is whether they have a private pension, and investment and capital gains that distinguish high from low replacement rates.

Finally, what has happened to these replacement rates for more recent cohorts? We are now at page 8. You can see on the left-hand slide these are different cohorts. The bottom cohort, the blue one, was age 55 in 1983; the red line at the top was age 55 in 1998. You can see that the income levels are rising for the more recent people entering retirement. More recent cohorts have better incomes as they enter retirement on average than earlier cohorts for two reasons — their earnings have increased and they have more income from private pensions.

Because replacement rates are income at some age, say 70 compared to 55, earnings have risen for these more recent cohorts both at age 55 and in older years; so their income replacement rates have remained about the same. The rates have not really changed much over the last few years.

I will stop there, and Mr. Morissette will tell us about what is happening to the wealth position of these populations.

René Morissette, Assistant Director, Research Business and Labour Market Analysis Division, Statistics Canada: On page 8, we see in the left chart the median wealth of Canadians by age group excluding registered pension plans, RPPs, and the value of pension plans. Median wealth grows significantly among families headed by someone 55 and over, but they do not rise as much among the younger ones. That line is the one on the left. For data reasons, when we go back to 1984, we exclude the value of pension plans.

On the right side now, we present other wealth estimates that include the value of pension plans, and this data is available for

remplacement est d'environ 0,8. S'il s'agissait de décrire la population à l'aide d'un seul chiffre, il faudrait probablement utiliser le taux de remplacement correspondant au revenu médian, qui est d'environ 0,8. Chez les gens qui appartiennent au quintile supérieur, le taux de remplacement varie de 0,75 à 0,8.

Ces taux de remplacement sont passablement élevés. Cette situation n'est pas la même pour tous. Environ 20 p. 100 de la population ont un taux de remplacement inférieur à 0,6, ce qui veut dire qu'il y a des gens qui ont un taux de remplacement beaucoup plus faible. Si l'on jette un coup d'œil sur la situation des gens ayant un revenu moyen et qu'on choisit une population ayant grosso modo le même revenu à 55 ans, on constate que certains membres de cette population ont un taux de remplacement élevé, alors que d'autres ont un taux faible. Qu'est-ce qui explique l'écart? Nous avons conclu que, pour les premières années de la retraite, c'est surtout les gains, réalisés soit par ces gens eux-mêmes soit par un membre de leur famille. Lorsque les gens atteignent 70 ans, l'écart s'explique plutôt par les prestations de régimes de pensions privés, les investissements et les gains en capital.

Enfin, qu'en est-il des taux de remplacement des dernières cohortes? Nous sommes à la page 8. Les cohortes que vous voyez à gauche représentent différentes cohortes. Celles du bas, la bleue, représente les gens qui avaient 55 ans en 1983; celles du haut, la rouge, les gens qui avaient 55 ans en 1998. Vous voyez que le niveau de revenu des gens qui ont pris leur retraite récemment est plus élevé. Les membres des dernières cohortes ont en moyenne des revenus supérieurs à ceux des cohortes précédentes au moment de prendre leur retraite pour deux raisons : leurs gains et leurs revenus provenant de régimes de pensions privés sont supérieurs.

Comme le taux de remplacement est le résultat de la comparaison entre le revenu à deux moments différents, disons à 70 ans et à 55 ans, et comme les gains des membres des dernières cohortes étaient plus élevés tant lorsqu'ils avaient 55 ans que lorsqu'ils étaient plus vieux, les taux de remplacement sont demeurés à peu près stables. Ils n'ont pas beaucoup changé au cours des dernières années.

Je m'arrête ici, et M. Morissette va nous parler du niveau de richesse de ces populations.

René Morissette, directeur adjoint à la recherche, Division de l'analyse des entreprises et du marché du travail, Statistique Canada : À la page 8, vous voyez dans la figure de gauche le niveau de richesse médian des Canadiens en fonction du groupe d'âge, les chiffres excluant les régimes de pensions agréés, les RPA, ainsi que la valeur des régimes de pensions. Le niveau de richesse médian augmente de façon significative parmi les familles dont le chef a 55 ans ou plus, mais pas autant chez les familles dont les membres sont plus jeunes. Je parle de la courbe à gauche. Pour des motifs liés aux données, les chiffres concernant l'année 1984 excluent la valeur des régimes de pensions.

Dans la figure de droite, maintenant, vous pouvez voir une estimation incluant la valeur des régimes de pensions, et nous

the 1999-2005 period. Among people 55, 64, and 65 and over, there is a significant increase in wealth over the past few years.

On the next page, if we focus on retirees, people 65 and over, we see that this growth in wealth has not been uniform across segments of the wealth distribution. Specifically, median wealth grew sharply for those in the top 20 per cent of the wealth distribution. It grew also for those in the middle of the wealth distribution but stagnated over the past 20 years or so for those in the bottom 20 per cent. Growth patterns are not uniform across the wealth distribution. This pattern is also observed among the near retirees, that is, those aged 55 to 64.

On page 10, we examined the extent to which this increase in wealth has been driven by the recent increases in housing prices. That chart shows that, among the 65 plus, much of the wealth growth in the middle and top quintile was driven by increases in housing wealth. The estimates of wealth that include housing wealth and business equity are represented by the blue bars. If we exclude housing wealth and business equity, represented by the yellow bars, we see that for the middle and top quintile, a good chunk of the growth was driven by increases in housing wealth; that is, housing prices.

So far, we have focused on the wealth position of the retirees or near retirees. On page 11, we look at the younger cohorts. Specifically, we look at the pension coverage of young men over the past 20 years. This chart shows that the pension coverage of recent cohorts of young men has fallen relative to pension coverage of previous cohorts, those in the mid-1980s.

For example, the blue line shows the pension coverage of the cohort age 25-29 in 1986, that is, these people entered the labour market at age 25-29 with pension coverage of about 23 per cent. That pension coverage rose over time. The red lines show the corresponding pension coverage for the 1996 cohort which, instead of being at 23 per cent, is around 17 per cent, a drop of about 5 or 6 percentage points. Ten years later, that 1996 cohort had not converged completely to the coverage rate of the previous cohort, the 1986 cohort. We see evidence of a downward shift in the pension coverage profile of young men.

To summarize, on page 12, among persons with some labour force attachment, as Mr. Picot mentioned, family income replacement rates vary across income distribution. The median replacement rate is around 0.75 to 0.80. If we focus on the

avons des données là-dessus pour la période de 1999-2005. Les gens âgés de 55 à 64 ans et de 65 ans et plus ont connu une augmentation significative de leur niveau de richesse au cours des dernières années.

À la page suivante, si nous jetons un coup d'œil sur la situation des retraités de 65 ans et plus, nous constatons que cette augmentation du niveau de richesse n'a pas été uniforme dans l'ensemble des segments de la courbe de distribution des richesses. Plus précisément, le niveau de richesse médian a fortement augmenté chez les membres du quintile supérieur. Il a également augmenté chez les gens ayant un revenu moyen, mais il a stagné, depuis 20 ans, environ, chez les gens appartenant au quintile inférieur. La croissance a non pas été uniforme, mais elle a plutôt varié en fonction du niveau de richesse. Nous avons également observé cette tendance chez les gens arrivés près de la retraite, c'est-à-dire âgés de 55 à 64 ans.

À la page 10, la figure montre la mesure dans laquelle cette augmentation du niveau de richesse s'explique par les augmentations récentes du prix des biens immobiliers. Chez les gens âgés de 65 ans et plus, une bonne partie de l'augmentation du niveau de richesse des quintiles moyens et supérieurs est attribuable à l'augmentation de la valeur de leurs biens immobiliers. L'estimation du niveau de richesse incluant la valeur des biens immobiliers et mobiliers est représentée par les bandes bleues. Lorsqu'on exclut les biens mobiliers et immobiliers, ce que représentent les bandes jaunes, on constate qu'une bonne partie de l'augmentation du niveau de richesse des quintiles moyens et supérieurs est attribuable à l'augmentation de la valeur des biens immobiliers, c'est-à-dire à l'augmentation des prix des biens immobiliers.

Jusqu'à maintenant, nous n'avons parlé que du niveau de richesse des retraités ou des personnes qui arrivent à la retraite. À la page 11, vous pouvez voir une figure qui porte sur les cohortes plus jeunes. Plus précisément, il s'agit de la participation des jeunes hommes à des régimes de pensions au cours des 20 dernières années. La figure montre que le taux de participation des dernières cohortes a chuté par rapport à celui des précédentes, c'est-à-dire celles du milieu des années 1980.

La courbe bleue, par exemple, représente la participation à des régimes de pensions de la cohorte dont les membres avaient entre 25 et 29 ans en 1986, c'est-à-dire des gens qui ont commencé à travailler entre 25 et 29 ans et dont 23 p. 100 ont cotisé à un régime de pensions. Le taux de participation a augmenté avec le temps. Les courbes rouges représentent le taux de participation correspondant pour la cohorte de 1996, qui, au lieu d'être de 23 p. 100, est autour de 17 p. 100, ce qui représente une diminution de cinq ou six points de pourcentage. Dix ans plus tard, la cohorte de 1996 n'a pas tout à fait rattrapé celle de la précédente, de 1986. Nous constatons que les données révèlent une tendance à la baisse du taux de participation des jeunes hommes à un régime de pensions.

Pour résumer, à la page 12, vous voyez que, chez les gens qui ont été actifs sur le marché du travail, comme M. Picot l'a mentionné, le taux de remplacement du revenu familial varie en fonction du niveau de revenu. Le taux de remplacement médian se

replacement rate for those at the bottom of the income distribution, this rate is close to one, thanks mainly to the effect of public pensions. The replacement rates in the top 20 per cent are lower. About 20 per cent of families have replacement rates below 0.60.

If we look at the middle quintile of family income distribution, one quarter of families have replacement rates below 0.6. What distinguishes these families from their counterparts with higher replacement rates is earnings early in retirement — they receive relatively a lot of earnings — and private pensions later in retirement; that is, they receive a relatively large amount of private pensions later.

The more recent retirement cohorts have higher income levels than their predecessors. They have done fairly well and have similar replacement rates, but if we focus on younger cohorts, we notice that the private pension coverage has been falling among young workers.

In conclusion, retirees have generally fared well over the past 15 to 20 years. They have seen income levels and wealth holdings rise relative to previous cohorts. Among younger age groups, we have seen a stagnation of wealth holdings and a decline in pension coverage. Among these workers, there might be cause for concern.

The Chair: Thank you very much. I forgot introduce Maxime Fougère, Assistant Director, Labour Market Research and Forecasting. Welcome.

Ted Wannell, Assistant Director, Labour and Household Analysis Division, Statistics Canada: If we go to the second presentation on public pensions and work, the idea behind this study is that if we think of a world where there are no public pensions or employer pension plans, then individuals would save for their retirement over their life course. As they become older, they would decide whether they want to retire and whether they have the resources to retire and have more leisure. We would have a smooth transition over a number of years out of the labour market as people age.

We know in reality that most people's savings and wealth is locked up in public and employer pension plans, and they tend to have features that concentrate the transition out of the labour market at specific points in time or at specific ages.

The main thing I want to talk about is the Canada Pension Plan. As you know, in 1987, the CPP changed from straight eligibility for benefits at age 65 and added more choice, where individuals can choose to retire anywhere between age 60 and age 70. At age 60, there is a 30-per-cent penalty relative to retirement at age 65, and a premium of up to 30 per cent for retirement up to age 70.

située entre 0,75 et 0,80. Le taux de remplacement du quintile inférieur est près de un, grâce surtout aux régimes de pensions publics. Celui du quintile supérieur est moins élevé. Environ 20 p. 100 des familles ont un taux de remplacement inférieur à 0,60.

Le quart des familles du quintile moyen a un taux de remplacement inférieur à 0,6. Ce qui distingue ces familles de celles dont le taux de remplacement est plus élevé, c'est l'importance de leurs gains pendant les premières années de la retraite — elles réalisent relativement beaucoup de gains — et touchent les prestations de régimes de pensions privés par la suite; en d'autres termes, elles touchent des prestations relativement élevées.

Les cohortes de gens ayant pris leur retraite récemment ont un niveau de revenu plus élevé que les membres des cohortes précédentes. Ils sont bien débrouillés et ont un taux de remplacement semblable, mais, chez les dernières cohortes, nous remarquons que le taux de participation à des régimes de pensions privés a diminué.

Pour conclure, les retraités s'en tirent généralement bien depuis 15 ou 20 ans. Leur niveau de revenus et de richesse ont augmenté par rapport aux cohortes précédentes. Chez les groupes composés de gens plus jeunes, nous avons constaté que le niveau de richesse stagne et que la participation au régime de pensions diminue. Il y a peut-être lieu de s'en préoccuper.

La présidente : Merci beaucoup. J'ai oublié de présenter Maxime Fougère, qui est directeur adjoint, Prévisions et recherche sur le marché du travail. Bienvenue.

Ted Wannell, directeur adjoint, Division de l'analyse des enquêtes auprès des ménages et sur le travail, Statistique Canada : Si nous prenons le deuxième document, qui porte sur les régimes de pensions publics et le travail, l'idée derrière l'étude, c'est que si nous imaginons un monde dans lequel il n'y aurait ni régimes de pensions publics ni régimes de pensions des employeurs, alors les gens épargneraient pendant toute leur vie en vue de leur retraite. En vieillissant, ils décideraient s'ils veulent prendre leur retraite et s'ils ont les ressources nécessaires pour le faire et consacrer davantage de temps à leurs loisirs. Nous les verrions alors passer du travail à la retraite sur une période de plusieurs années, doucement.

Nous savons que, en réalité, les épargnes et l'argent de la plupart des gens leur sont inaccessibles, puisqu'ils sont investis dans des régimes de pensions publics et des employeurs, qui ont tendance à être structurés de façon que les gens passent du travail à la retraite à des moments précis ou à des âges précis.

Je veux parler surtout du Régime de pensions du Canada. Comme vous le savez, en 1987, on a modifié le RPC au chapitre de l'âge d'admissibilité, qui était avant fixe, à 65 ans, pour donner davantage de choix aux gens, et ils peuvent maintenant prendre leur retraite à n'importe quel âge, entre 60 et 70 ans. À 60 ans, il y a une pénalité de 30 p. 100 par rapport à 65 ans, et à 70 ans, il y a au contraire une prime de 30 p. 100.

On the next page, the data here is what we call the Longitudinal Administrative Databank, LAD. It is based on tax files. The sample is of 20 per cent of tax records. We follow individuals over time, and they are linked within families so we can look at the family picture for individuals.

For this study, I have taken three-year panels at different points in time. We identified people between the ages of 59 and 69 who had employment earnings in the first year of the panel. They had the opportunity to transition and take CPP in the second year or not. In the third year, we can see whether they continued working, through the presence of earnings in the third year.

On the first chart, I want to look at the age pattern of take-up of CPP, now that people have the choice. The most recent data is for 2003 because the file that I had available at that time went up to 2004, but we are looking here at the transition year.

The bottom line in that chart is the take-up rate for Canada Pension Plan benefits at individual years of age. You can see that about 38 per cent take up CPP benefits as soon as they are eligible, at age 60. The yearly probability or take-up rate drops through the early 60s and then we see a big spike at age 65 where almost 80 per cent of the people who have not taken their benefits at that point will take them at that time. Then, the rate drops back down again later.

The second line, the higher one on that chart, is the cumulative take-up rate: the percentage of a cohort that has taken up the benefits by a particular age.

We can see that over 95 per cent of a cohort will take their benefits by the age of 66. The other interesting thing to note is that, by the time they reach age 64, about two thirds have already taken their CPP benefits. Even though we see that big spike at age 65, on the next page we can see that, in terms of absolute numbers, more than twice as many people take their benefits at age 60 than those who take them at age 65. That is where the real mode is in terms of the greatest number of people taking up their benefits.

On the next slide, we take a quick look at the trend over the past eight years. Generally, we see an increase in the take-up rate at age 60. It is more pronounced among women than men. Among women, in only eight years it went from about 31 per cent to almost 38 per cent. It is rising rapidly among women and rising, but not so rapidly, among men.

À la page suivante, vous pouvez voir des données tirées de ce que nous appelons une banque de données administratives longitudinales. Celles-ci sont fondées sur des déclarations de revenus. Il s'agit d'un échantillon de 20 p. 100 des dossiers d'impôt. Il s'agit de suivre l'évolution de la situation de gens appartenant à la même famille, de façon à pouvoir situer l'évolution de leur situation dans le contexte familial.

Dans le cadre de l'étude, j'ai examiné la situation de certains groupes sur une période de trois ans, à différents moments. Nous avons sélectionné des gens âgés de 59 à 69 ans qui touchaient un salaire pendant la première année de cette période. Ces gens ont eu la possibilité de commencer à toucher des prestations du RPC au cours de la deuxième année. Nous avons ensuite pu vérifier s'ils ont continué de travailler pendant la troisième année de la période, en déterminant s'ils touchaient encore un salaire cette année-là.

Si vous jetez un coup d'œil sur la première figure, je veux parler de l'âge auquel les gens commencent à toucher des prestations du RPC, maintenant qu'ils ont le choix. Les données les plus récentes datent de 2003, parce que le fichier qui était à ma disposition au moment de l'étude contenait des données jusqu'à 2004, mais nous examinons l'année de transition.

La courbe du bas représente la proportion des gens touchant des prestations du Régime de pensions du Canada en fonction de l'âge. Vous voyez qu'environ 38 p. 100 des gens touchent des prestations aussitôt qu'ils y sont admissibles, soit à 60 ans. La probabilité annuelle ou taux de réception des prestations diminue pour le début de la soixantaine, et nous voyons un pic important à 65 ans, âge auquel presque 80 p. 100 des gens qui n'ont pas encore touché de prestations décident de s'en prévaloir. Le taux diminue de nouveau par la suite.

La deuxième courbe, celle du haut, représente le taux d'accès aux prestations cumulatif : c'est le pourcentage des membres de la cohorte qui ont décidé de commencer à toucher des prestations à tel ou tel âge.

Vous voyez que plus de 95 p. 100 des membres de la cohorte touchent des prestations à 66 ans. L'autre chose intéressante, c'est que les deux tiers des gens touchent déjà des prestations du RPC à l'âge de 64 ans. Même s'il y a un pic important à l'âge de 65 ans, à la page suivante, vous pouvez voir que, en chiffres absolus, les gens sont deux fois plus nombreux à commencer à toucher des prestations à 60 ans qu'à 65 ans. C'est à cet âge que le plus grand nombre de personnes commencent à toucher des prestations.

Jetons un bref coup d'œil, à la diapo suivante, sur la tendance au cours des huit dernières années. De façon générale, vous pouvez voir que la proportion de gens qui commencent à toucher des prestations à 60 ans augmente. Cette augmentation est plus prononcée chez les femmes que chez les hommes. En huit ans seulement, la proportion de femmes touchant des prestations dès 60 ans est passée de 31 à près de 38 p. 100. Elle augmentera rapidement chez les femmes, et moins rapidement chez les hommes.

The nice thing we can do with the LAD is to look at things that have happened before that might influence people to take their CPP early. The most important factor we look at is whether people have private pension benefits they have started before age 60. That factor makes a huge difference in the take-up rate.

Looking at the top two lines on the chart, individuals who received private pension plan payments at age 59 without any earnings, 80 per cent of them took their CPP as soon as they were eligible, at age 60.

If they combined those private pension benefits with some earnings, the take-up rate was about 60 per cent. The rate drops considerably for people who are working still at the age of 59 and are either eligible for an employer pension plan or are not.

There is an interesting anomaly here. The people who are working still at the age of 59 and have an employer pension plan at that time have a lower take-up rate at the age of 60. I think there might be a selection effect, where people who have private pensions and have the long service that they are eligible for high benefits have already left, and those remaining are less likely to take their CPP at age 60 than those who do not have an employer pension plan.

If we look at the third year for each cohort, and the people who work after they take their CPP benefits, and compare them to people who did not take their CPP benefits, we know from the labour force survey and other sources of information on the labour market, that participation rates among the older age groups as well as the size of those groups are increasing.

We see here that the participation rate in paid work is going up for the people at the top line who did not take their CPP in the middle year. These people are 60-somethings who are working without the benefit of CPP. The rate is much lower for people who have already taken their CPP, but it is increasing more quickly. We have tension between the phenomenon of people taking their CPP benefits earlier and earlier, and more people continuing to work after they take their benefits.

If we look at who among the CPP beneficiaries are most likely to work, it is those who were not eligible for RPP benefits with

Ce qui est intéressant, avec la banque de données administratives longitudinales, c'est que nous pouvons voir ce qui s'est passé avant et qui a pu pousser les gens à commencer à toucher des prestations du RPC plus tôt. Le facteur le plus important, c'est le fait que les gens touchent des prestations dans le cadre d'un régime de pensions privé avant l'âge de 60 ans. Ce facteur fait varier de beaucoup le taux d'accès aux prestations du RPC.

Si vous jetez un coup d'œil sur les deux courbes qui se trouvent dans le haut de la figure, vous pouvez constater que 80 p. 100 des gens qui touchaient des prestations dans le cadre d'un régime privé à 59 ans, mais pas de rémunération, ont commencé à toucher des prestations dans le cadre du RPC dès 60 ans.

Chez ceux qui touchaient à la fois des prestations dans le cadre d'un régime privé et une rémunération, la proportion correspondante était d'environ 60 p. 100. Elle est beaucoup moins élevée chez les gens qui travaillent encore à 59 ans, qu'ils soient admissibles à un régime de pensions de l'employeur ou non.

Il y a une anomalie intéressante dans ces données. Les gens qui travaillent encore à 59 ans et qui touchent en même temps des prestations dans le cadre du régime de pensions de leur employeur sont moins nombreux que les autres à toucher des prestations du RPC à 60 ans. Je pense qu'il peut y avoir un effet découlant du choix des membres de l'échantillon, c'est-à-dire que les gens qui ont travaillé pendant longtemps et ont droit à des prestations élevées dans le cadre d'un régime privé sont déjà à la retraite, et que ceux qui continuent de travailler sont moins susceptibles de commencer à toucher leurs prestations du RPC à l'âge de 60 ans que ceux qui n'ont pas accès au régime de pensions de l'employeur.

Si nous jetons un coup d'œil sur la troisième année pour chacune des cohortes, ainsi que sur la situation des gens qui continuent de travailler après avoir commencé à toucher des prestations dans le cadre du RPC, et que nous comparons ces gens avec ceux qui n'ont pas commencé à toucher des prestations du RPC, nous savons, grâce à l'enquête sur la population active et d'autres sources d'information sur le marché du travail, que le taux d'accès aux prestations des groupes composés de gens plus âgés ainsi que la taille de ces groupes augmentent.

Vous voyez que la proportion de gens qui occupent un emploi rémunéré augmente chez les gens qui n'ont pas commencé à toucher des prestations du RPC au cours de la deuxième année, et qui sont représentés par la courbe du haut. Il s'agit de gens dans la soixantaine qui travaillent sans toucher de prestations du RPC. La proportion est beaucoup moins élevée chez les gens qui ont commencé à toucher des prestations du RPC, mais elle augmente plus rapidement. Il y a deux tendances contraires : les gens commencent à toucher des prestations du RPC de plus en plus tôt, mais ils sont de plus en plus nombreux à continuer de travailler tout en touchant des prestations.

Ce sont les gens qui occupent un emploi qui ne leur donne pas accès à un régime de pensions privé qui sont le plus nombreux à

their last job. A need factor is involved. People who do not have RPP benefits are more likely to continue working.

We dropped people from this chart who only had RPP benefits at age 59 because it would take the numbers down, and we would not see as much movement in the chart. Even among that group, the incidence of work has almost doubled after take-up of their benefits. Therefore, they were not working at all at age 59; they were receiving RPP benefits. Earlier in the period, 1995, 5 per cent of those folks were working at age 61, and now it is up to 10 per cent. Even among that group, we see a sharp rise in post-benefit work.

The next chart shows different earnings levels for working beneficiaries of the CPP. It is interesting to see that the greatest increases are in jobs earning more than \$20,000, referred to as real jobs rather than casual work. It is not a pickup in casual labour.

I conducted an earlier study of people who took up RPPs in their 50s. Over the same time period, you see some increase in work among that group, but most work is concentrated in the lower category; work less than \$5,000 a year. There is a difference in the group in their 50s. The trend is towards more casual work. Among 60-somethings, the trend seems to be towards more substantial work.

The last couple of slides take a quick peek at people in the 65 to 69 age range. The interest here is the effect of GIS benefits. You will hear from Mr. Shillington about the work-disincentive effects.

I wanted to look at work among 65 to 69-year-olds who receive the GIS as opposed to CPP and OAS. In both men and women, we see a much lower rate of work among GIS recipients, perhaps as a function of the high claw-back rates. In this group, they are about three times less likely to work if they receive GIS in combination with OAS and CPP, compared to people who receive only CPP and OAS.

We can make the argument that if people receive GIS, they likely had an intermittent work history or some kind of work problems coming into the pre-retirement period or they would not be eligible for GIS.

We see in that slide that about 50 per cent fewer GIS recipients were working at age 64, compared to people receiving CPP and OAS without the GIS.

toucher des prestations du RPC tout en travaillant. L'un des facteurs en cause, c'est la nécessité de travailler. Les gens qui n'ont pas accès à des prestations dans le cadre d'un régime privé sont plus susceptibles de continuer à travailler.

Pour cette figure, nous avons exclu les gens qui ne touchaient que des prestations dans le cadre d'un régime privé à l'âge de 59 ans, parce que les chiffres auraient diminué, et la figure montrerait une évolution moins grande. Même chez les membres de ce groupe, la proportion de gens qui travaillent après avoir commencé à recevoir des prestations a presque doublé. Ainsi, ils ne travaillaient pas du tout à 59 ans; ils recevaient des prestations dans le cadre d'un régime privé. Plus tôt au cours de la période, en 1995, 5 p. 100 de ces gens travaillaient à l'âge de 61 ans, et cette proportion est maintenant de 10 p. 100. Même chez les membres de ce groupe, nous constatons une augmentation marquée du nombre de personnes qui travaillent après avoir commencé à recevoir des prestations.

La figure suivante montre le niveau de rémunération des gens qui travaillent tout en recevant des prestations du RPC. Il est intéressant de constater que ce sont les gens qui gagnent plus de 20 000 \$, c'est-à-dire les gens dont on dit qu'ils occupent un véritable emploi, par opposition à un emploi occasionnel, qui ont connu l'augmentation du niveau de rémunération la plus élevée. Il n'y a pas d'augmentation chez les travailleurs occasionnels.

J'ai fait une étude auparavant sur les gens qui commençaient à toucher des prestations dans le cadre d'un régime privé dans la cinquantaine. Pour la même période, il y a eu une augmentation du nombre de personnes qui travaillaient au sein de ce groupe, mais surtout chez les gens qui avaient un salaire de moins de 5 000 \$ par année. Il y a une différence entre les deux groupes. Chez les gens dans la cinquantaine, la tendance est au travail occasionnel. Chez les gens de la soixantaine, il semble que la tendance soit aux emplois plus stables.

Les deux dernières diapos jettent un coup d'œil rapide du côté des gens âgés de 65 à 69 ans. Ce qui est intéressant, c'est l'effet du SRG. M. Shillington va vous parler de l'incitation à ne pas travailler.

Je voulais examiner la proportion de gens âgés de 65 à 69 ans qui travaillent parmi ceux qui touchent le SRG, par opposition à ceux qui touchent des prestations du RPC ou de la SV. Chez les femmes comme chez les hommes, vous pouvez voir que la proportion de gens qui travaillent est beaucoup plus faible chez les gens qui touchent le SRG que chez les autres, peut-être à cause des taux élevés de récupération fiscale. Les gens de ce groupe qui touchent le SRG en même temps que les prestations de la SV et du RPC sont environ trois fois moins nombreux à travailler que ceux qui ne touchent que les prestations du RPC et de la SV.

Nous pouvons affirmer que, si les gens reçoivent le SRG, ils ont probablement travaillé par périodes intermittentes ou eu des problèmes par rapport à leur travail avant de prendre leur retraite, sans quoi ils ne seraient pas admissibles au SRG.

Vous pouvez voir sur l'avant-dernière diapo qu'environ 50 p. 100 de moins de bénéficiaires du SRG travaillaient à l'âge de 64 ans que les gens du même âge touchant des prestations du RPC et de la SV, mais ne touchant pas le SRG.

We can do a back-of-the-envelope calculation and say that of the people working at age 64 there is still 50 per cent fewer who would be working who are receiving the GIS, as compared to the CPP and OAS types.

Coming back to the summary slide, we see that there is a trend to take the benefits at age 60, especially among women. The take-up rates at age 60 are highest for those already collecting RPP benefits, but lowest for those working in an RPP-covered job. It is likely a selection effect.

The incidence of work after receiving CPP benefits: The main trend is growth in substantial jobs where they earn more than \$20,000 in the course of a year. That group is increasing the fastest. Participation is rising rapidly among those who retired from jobs without RPP coverage. There is some evidence there might be financial need for this increased work.

GIS recipients are less likely to work, even after accounting for recent work experience.

Maxime Fougère, Assistant Director, Labour Market Research and Forecasting, Human Resources and Social Development Canada: Most of my talk will be based on a preliminary version of a paper on early retirement incentives in Canada's pension plans that I presented last October at the John Deutsche Institute.

As you are aware, population aging may pose significant labour-market challenges in Canada. Encouraging older workers to remain in the labour force longer is an option that a number of organizations — like the C.D. Howe Institute — have recommended. It is generally acknowledged that early retirement incentives in Canada's public pension are small compared to other countries in the Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD. Some people have suggested early retirement incentives could be reduced.

There is also evidence that private pension plans also generate early retirement incentives, as early as before age 60. Work done a few years ago at Finance Canada showed us that evidence.

The primary goal of Canada's retirement income system is to enable a reasonable level of income and retirement for all seniors. Another goal is to prevent a decline in standard of living upon retirement. Another consideration involves the system's effects on retirement decisions, and therefore on issues of labour-force participation, older workers and even the contribution to productive capacity.

Nous pouvons faire un calcul rapide et dire que, des gens qui travaillent à 64 ans, il y en a encore 50 p. 100 de moins qui travailleraient et qui reçoivent le SRG, comparativement aux gens qui touchent des prestations dans le cadre du RPC et de la SV.

À la dernière diapo, qui résume le tout, vous pouvez voir que les gens ont tendance à commencer à toucher les prestations à 60 ans, surtout les femmes. Le taux d'accès aux prestations à 60 ans est le plus élevé chez les gens qui touchent déjà des prestations dans le cadre d'un régime privé, et le plus faible chez ceux qui occupent un poste qui leur donne accès à un régime privé. Il s'agit probablement d'un effet lié au choix de l'échantillon.

Pour ce qui est de la proportion de gens qui travaillent après avoir commencé à toucher des prestations du RPC, la tendance principale est l'augmentation du nombre de personnes qui travaillent dans la catégorie des gens qui gagnent plus de 20 000 \$ par année. C'est au sein de ce groupe que l'augmentation est la plus rapide. Le nombre de personnes qui touchent des prestations du RPC augmente rapidement chez les gens qui ont pris leur retraite, mais qui n'ont pas accès à un régime privé. Des données indiquent que cette augmentation pourrait découler des besoins financiers.

Les bénéficiaires du SRG sont moins susceptibles de travailler que les autres, même compte tenu de leur expérience de travail récente.

Maxime Fougère, directeur adjoint, Prévisions et recherche sur le marché du travail, Ressources humaines et Développement social Canada : La majeure partie de l'exposé que je vais présenter est fondée sur la version préliminaire d'un article sur les incitatifs à la retraite anticipée dans le cadre des régimes de pensions du Canada que j'ai présenté en octobre dernier à l'Institut John Deutsche.

Comme vous le savez, le vieillissement de la population risque d'entraîner d'importants problèmes sur le marché du travail au Canada. Une des options que plusieurs organismes — notamment l'Institut C.D. Howe — recommandent consiste à encourager les travailleurs âgés à demeurer plus longtemps au sein de la population active. On reconnaît généralement que les incitatifs à la retraite anticipée du régime public canadien sont faibles par rapport à ceux d'autres pays de l'Organisation pour la coopération et le développement économiques, l'OCDE. Certaines personnes proposent de réduire les incitatifs à la retraite anticipée.

Il existe également des données selon lesquelles les régimes de pensions privés offrent également des incitatifs à la retraite anticipée, même avant l'âge de 60 ans. Le travail effectué il y a quelques années au ministère des Finances nous a également permis d'obtenir des données qui le montrent.

L'objectif principal du régime canadien de revenu de retraite consiste à assurer un niveau de revenu et de vie raisonnable à toutes les personnes âgées. Un autre but est d'empêcher une diminution du niveau de vie au moment de la retraite. Enfin, il faut considérer l'effet du régime sur la décision de prendre sa retraite, et donc sur les questions de la participation à la vie active, les travailleurs âgés et même la contribution à la capacité de production.

Last October, we presented a paper on early retirement incentives in Canada's public and private pension system at a conference organized by the John Deutsche Institute. Our prime objective was to quantify the impact of early retirement incentives in both public and private pension plans on Canada's labour force participation, on productive capacity — in the model we measure as real GDP per capita — and also on a measure of economic welfare. We also examined hypothetical scenarios to reduce our retirement incentives in Canada's public pension system.

In our analysis, we use a life-cycle economic model, which takes into account both the structure of the Canadian economy and also the context of an aging population.

According to our analysis, what are early retirement incentives in Canada's retirement income system? To provide a bit of theory, I would say the literature deconstructs incentives from defined benefit pension plans into two effects, and one is the wealth effect. As we accumulate more wealth, that wealth encourages individuals to work less and to have more leisure time, eventually leading to retirement, especially as we become older and develop preferences for leisure.

That effect is present in all kinds of financial assets; the defined benefit, defined contribution, RRSPs and other financial assets. It is the normal effect.

Another effect is present on defined benefit pension plans. It is an accrual or substitution effect.

This effect is a difference in your pension wealth between retiring at some date in the future and pension wealth if one retires now. An individual has an incentive to retire if continuing to work does not increase their pension wealth. This effect is present in most defined benefits plans after certain years of work, depending on the benefit plan and the rules of those plans.

In this context, we estimated early retirement incentives using a well-known method in the economic literature: We estimated in a form of an implicit tax rate on working or leisure. It is standard in the literature. We estimated for both public and private pension plans. We used these measures afterwards and we simulated the long-term economic and labour-market impact with our life-cycle model.

In our key findings for public pensions, we find that, before the age of 60, the public pension system generates net incentive to work because, if they continue to work, their future CPP benefit will be increased, so the effect is a positive one.

En octobre dernier, nous avons présenté un article sur les incitatifs à la retraite anticipée dans les régimes publics et privés du Canada dans le cadre d'une conférence organisée par l'Institut John Deutsche. Notre principal objectif était de quantifier les effets des incitatifs à la retraite anticipée des régimes publics et privés du Canada sur la participation à la vie active, la capacité de production — dans le modèle, nous la mesurons à partir du PIB réel par habitant — ainsi que le bien-être économique. Nous avons également examiné des scénarios de réduction des incitatifs à la retraite anticipée dans le régime de pensions public du Canada.

Pour effectuer cette analyse, nous avons utilisé un modèle économique axé sur le cycle de vie, qui tient compte de la structure de l'économie canadienne dans le contexte du vieillissement de la population.

Quels sont, selon notre analyse, les incitatifs à la retraite anticipée qu'offre le régime de revenu de retraite du Canada? Pour vous donner quelques éléments de théorie, je dirais que la documentation à ce sujet a ramené les incitatifs des régimes de pensions déterminés à deux effets, l'un d'entre eux étant l'effet de la richesse. L'accumulation de richesse nous incite à travailler moins et à consacrer plus de temps à nos loisirs, ce qui nous amène à prendre notre retraite, surtout lorsque nous vieillissons et commençons à apprécier davantage notre temps de loisirs que notre temps de travail.

Cet effet touche toutes sortes d'actifs financiers : les prestations déterminées, les cotisations déterminées, les REER, et cetera. C'est un effet normal.

L'autre effet touche les régimes de prestations de pensions déterminées. Il s'agit de l'effet d'accumulation ou de substitution.

Il tient à la différence entre le revenu de retraite obtenu en prenant sa retraite à un moment donné dans l'avenir et ce revenu dans le cas d'une retraite immédiate. Il y a un incitatif à prendre sa retraite immédiatement si le fait de continuer à travailler n'a pas pour effet d'accroître le revenu de retraite. Cet effet existe au sein de la plupart des régimes de prestations déterminées après un certain nombre d'années de travail, en fonction du régime de prestations et des règles de ce régime.

Dans ce contexte, nous avons évalué les incitatifs à la retraite anticipée à l'aide d'une méthode dont il a amplement été question dans les ouvrages sur l'économie : nous les avons évalués comme s'il s'agissait d'un taux d'imposition implicite sur le travail ou sur les loisirs. C'est quelque chose qu'on voit souvent dans la documentation. Nous avons fait cette évaluation pour les régimes publics et les régimes privés. Par la suite, nous avons utilisé les résultats pour simuler l'effet à long terme sur l'économie et sur le marché du travail dans notre modèle fondé sur le cycle de vie.

Parmi nos principales conclusions sur les régimes publics, il y a celle selon laquelle, avant l'âge de 60 ans, le régime de pensions public crée une nette incitation à travailler, puisque plus une personne travaille, plus ses prestations du RPC seront élevées, ce qui fait que l'effet est positif.

We find early retirement incentives mainly between the ages of 60 to 64. As the literature suggests, in the Canadian system, the interaction between the CPP and the GIS is one element. Another element is the GIS benefit reduction or the clawback. Also, the actuarial adjustment in the Canada Pension Plan would appear to be too small to compensate for loss of a pension income year. Although we did not measure this effect in our model, another effect that must be considered is the work cessation test, which is also an impediment for labour force participation.

After 65, we find that there is still incentive for retirement, mainly from the GIS, and it mostly influences low-income individuals. Also, the OAS clawback for high-income individuals generates incentives for retirement.

When we simulate these effects using our model, and eliminate the early retirement incentives, we can look at the economic impact in terms of increased labour supply, the impact on the economy and so forth. We find a small positive impact on labour supply or on the participation rate of all the workers, and of course, a small positive impact on real GDP per capita. Since these people work more, they also contribute to more production output and a small increase in economic welfare. It is in the order of less than 1 per cent of GDP. It is not negligible, but small. The increase in participation would come mainly from lower-income to middle-income workers. For high-income individuals, there is no incentive.

When we look at private pension plans, the results are different. As you know, in defined benefit private pension plans, there is not one single plan. There are thousands. We needed to find a way to model those plans to have a representative agent. Using information from Statistics Canada, we created a typical defined benefit, DB, plan based on information we had. We find, in aggregate, that early retirement incentive begins as early as age 55 and increases with age and level of income. Comparing these measures with those of public pension plans, we find they are several times larger than early retirement incentives in public pension plans.

When we examine the economic impact of eliminating those early retirement incentives, we find a large positive effect on labour supply, and also on GDP per capita and welfare. To give you a sense of comparison, the impact on real GDP per capita would be about seven times larger than the effect of eliminating early retirement incentives from public pensions. The increase in participation rate comes from all income levels, so not only low and middle incomes are participating but also high incomes. Because people in higher income levels participate more

Nous avons constaté l'existence d'incitatifs à la retraite anticipée surtout pour les gens âgés de 60 à 64 ans. Les ouvrages sur le sujet laissent entendre que l'un des éléments est l'interaction entre le RPC et le SRG. Un autre élément, c'est la réduction du SRG ou la récupération d'une partie des prestations. De plus, l'ajustement actuariel du Régime de pensions du Canada semble trop faible pour compenser la perte d'une année de revenu de retraite. Quoique nous ne l'ayons pas évalué dans le cadre de notre modèle, il y a un autre effet à considérer, et c'est le critère de cessation d'emploi, qui agit également comme un obstacle à la participation au marché du travail.

Après 65 ans, il y a encore des incitatifs à la retraite, découlant surtout du SRG, et ils sont surtout importants pour les personnes à faible revenu. De plus, la récupération de la SV pour les travailleurs à revenu élevé constitue un incitatif à la retraite.

En intégrant ces effets à notre modèle, et en supprimant les incitatifs à la retraite anticipée, nous sommes en mesure d'envisager les répercussions sur le plan économique au chapitre de l'augmentation de l'offre de main-d'œuvre, de l'incident sur l'économie et ainsi de suite. Nous avons constaté un léger effet positif sur la main-d'œuvre ou sur le taux d'activité de l'ensemble des travailleurs, et, bien sûr, un léger effet positif sur le PIB réel par habitant. Comme les gens travaillent davantage, ils contribuent également davantage à la production et à une faible augmentation du bien-être économique. C'est quelque chose de l'ordre de moins de 1 p. 100 du PIB. Ce n'est pas un chiffre négligeable, mais c'est peu élevé. Ce serait surtout les travailleurs à faible revenu et à revenu moyen qui seraient davantage actifs sur le marché du travail. Il n'y a aucun incitatif pour les personnes qui touchent un revenu élevé.

Pour ce qui est des régimes de pension privés, les résultats sont différents. Comme vous le savez, il n'y a pas qu'un seul régime privé de prestations de pension déterminées. Il y en a des milliers. Nous devons trouver le moyen d'établir un modèle représentatif de ces régimes. À l'aide de données fournies par Statistique Canada, nous avons créé le portrait type d'un régime privé à prestations déterminées. L'analyse des données agrégées nous a permis de conclure qu'il y a des incitatifs à la retraite anticipée dès l'âge de 55 ans, et que ceux-ci augmentent avec l'âge et le niveau de revenu. En comparant les chiffres avec ceux qui concernent les régimes de pensions publics, nous avons constaté que les incitatifs sont de plusieurs fois supérieurs dans le cas des régimes de pensions privés.

Au chapitre des répercussions économiques de la suppression de ces incitatifs à la retraite anticipée, nous avons constaté un important effet positif sur la main-d'œuvre, ainsi que sur le PIB par habitant et le bien-être. Pour vous donner un ordre de grandeur, l'effet sur le PIB réel par habitant serait environ sept fois plus important que celui découlant de la suppression des incitatifs à la retraite anticipée dans les régimes de pensions publics. L'augmentation du taux d'activité sur le marché du travail est attribuable aux travailleurs de tous les niveaux de

in DB plans, they are more influenced by elimination in early retirement incentives.

In conclusion, we estimated in this paper that the cost of early retirement associated with public pension plans would be relatively small, and could represent less than 1 per cent of GDP. There are more early retirement incentives in defined benefit private pension plans, possibly as much as seven times larger.

Our analysis of the private pension plans is based on the current structure of DB pension plans. It is possible that, in the future, employers will adjust, given the changing context. Work by the Conference Board of Canada suggests that employers use the DB plan as a way to manage the work force, and they could use it to retain older workers, if necessary. This situation is the current one, but it may change. I suspect DB plans will change more in the future to lower these incentives if employers feel pressure from their workforce.

We also examined hypothetical policy scenarios to make the public pension system near incentive neutral to retirement decision. Again, consistent with our other findings, we find small gains, depending on the scenarios.

The Chair: Thank you very much. All the presentations were extremely informative.

Let me begin with page 9 of the brief from Mr. Morissette, Mr. Picot and Professor Myles. I am concerned about the fact that the bottom has stagnated so much. What do you attribute that stagnation to? I assume it is partly because there has been no significant increase in either the old age pension or guaranteed income supplement. However, maybe that assumption is not correct and you have other explanations for why there is such stagnation at that lower quadrant.

Mr. Morissette: We have not looked at that item specifically, but one possibility is that the one source of growing income among the retirees over time was the better pension coverage in terms of private registered pension plans, RPPs. I suspect, at the bottom, we might have employees who, during their career, were not covered by pension plans and did not benefit from the growing pension coverage that took place during the 1960s and 1970s. That is one potential explanation. I do not know if Mr. Myles could add other elements.

John Myles, Canada Research Chair and Professor of Sociology, University of Toronto, as an individual: I do not have the chart in front of me, but I suspect the explanation relates to changing patterns both in earnings in Canada over the last 30 years and in wealth accumulation, where the bottom

revenu, et non plus seulement à ceux qui ont un revenu faible ou moyen. Comme les gens qui touchent un revenu plus élevé cotisent davantage à des régimes privés de prestations déterminées, ils sont davantage influencés par la suppression des incitatifs à la retraite anticipée.

Pour conclure, nous avons estimé dans l'article en question que le coût de la retraite anticipée découlant des régimes de pension publics serait relativement faible, et pourrait être de moins de 1 p. 100 du PIB. Il y a davantage d'incitatifs à la retraite anticipée dans les régimes privés de prestations de pensions déterminées, et ils pourraient être jusqu'à sept fois plus importants.

Notre analyse des régimes de pensions privés est fondée sur la structure actuelle des régimes à prestations déterminées. Il est possible que les employeurs adaptent leur régime lorsque le contexte le justifiera. Des travaux effectués au Conference Board du Canada laissent croire que les employeurs utilisent les régimes à prestations déterminées comme outil de gestion de la main-d'œuvre, et qu'ils pourraient les utiliser comme moyen de maintenir en poste les travailleurs âgés, au besoin. La situation décrite est la situation actuelle, mais celle-ci pourrait changer. Je suis d'avis que les régimes à prestations déterminées vont changer davantage dans l'avenir, et que ces incitatifs vont être réduits si les employeurs sentent que leur main-d'œuvre exerce une pression sur eux.

Nous avons également examiné certaines politiques hypothétiques qui rendraient le régime de pensions public à peu près neutre sur le plan des incitatifs à la retraite. Encore une fois, comme dans les autres cas, nous avons conclu qu'il y aurait de petits gains, variant en fonction des scénarios.

La présidente : Merci beaucoup. Tous les exposés ont été extrêmement intéressants.

Permettez-moi de commencer par parler de la page 9 du mémoire de MM. Morissette, Picot et Myles. Ce qui m'inquiète, c'est le fait que le quintile inférieur n'ait pas progressé plus que ça. À quoi attribuez-vous cette stagnation? Je présume que c'est en partie parce qu'il n'y a pas eu d'augmentation significative des prestations de la sécurité de la vieillesse ni du supplément de revenu garanti. Mon hypothèse n'est peut-être pas bonne, et vous avez peut-être d'autres façons d'expliquer pourquoi le segment inférieur est si stagnant.

M. Morissette : Nous ne nous sommes pas penchés précisément sur cet élément, mais il est possible que le principal facteur d'augmentation du revenu des retraités ait été le fait qu'ils ont davantage participé à des régimes de pensions agréés ou RPA. Je pense que les gens qui forment le quintile inférieur sont peut-être des employés qui, au cours de leur carrière, n'ont pas pu participer à des régimes de pensions ni profiter de l'accroissement de la participation à ces régimes dans les années 1960 et 1970. Voilà une explication possible. Je ne sais pas si M. Myles pourrait ajouter quelque chose.

John Myles, Chaire de recherche du Canada et professeur de sociologie, Université de Toronto, à titre personnel : Je n'ai pas la figure devant moi, mais je pense que c'est probablement attribuable à l'évolution des tendances tant au chapitre des gains qu'à celui de l'accumulation de la richesse au Canada au

part of the earnings distribution has seen earnings stagnate, and most of the growth has been towards the top. That chart largely replicates other large long-term trends in earnings patterns that we see in Canada and in the accumulation of private wealth, rather than some GIS-OAS story.

The Chair: In your discussion of wealth, you mentioned that much of this increase has to do with housing wealth. There is a wonderful myth in Canada, and around the world until sub primes in the United States, that housing always increases. As an historian, I know that, in the United Kingdom, housing prices did not increase for 150 years. Then they escalated dramatically, but 150 years was the lifespan of three people. What is the impact on Canadians of the fact that all this wealth is in housing? I assume some of you live in Ottawa. There was a rather startling chart in the newspaper on the weekend about the high rates of taxes, particularly in the areas of the city in which the housing prices have increased the most. One question, to some degree, whether that increase means that people must leave this expensive housing they are in because they cannot afford the upkeep or the maintenance of the same housing.

Mr. Morissette: That is a good question. To put things in context, one big chunk of the rise was in housing but another big chunk of the rise in wealth was in two sources; RSPs and financial assets, stocks and bonds.

Now, as to the impact on the ability to consume or the living standard — maybe that is your question — it depends on what people do as they become older. To what extent do they sell their house, or downsize in terms of housing, and what kind of prices do they receive for that housing? It is hard to predict how these things will evolve over time.

The Chair: One area we are looking at is the concept of seniors aging in place, which means they potentially remain in their own home and are not forced to go elsewhere. That is why I was going down that particular alleyway, if you will.

Senator Mercer: It reminds me why I should have made paid more attention in statistics class. You first stated that you excluded the individuals with income below \$10,000. Of course, this committee is studying poverty, and we can assume that those people are a big part of our audience for the study.

Why did you exclude them and what led to that decision? That might give us insight into some of the things we would like to know.

cours des 30 dernières années, puisque les gens ayant les salaires les plus faibles ont vu leur rémunération stagner, la majeure partie de la croissance ayant touché les gens qui gagnaient le plus. Cette figure reflète en grande partie d'autres grandes tendances à long terme au Canada au chapitre des salaires et de l'accumulation de richesse par les particuliers, plutôt qu'un phénomène en rapport avec le SRG et la SV.

La présidente : Vous mentionnez dans votre analyse que le niveau de richesse a augmenté en grande partie en raison de l'augmentation de la valeur des biens immobiliers. Il existe un mythe extraordinaire au Canada, et qui a existé partout dans le monde jusqu'à ce qu'arrivent les prêts hypothécaires de seconde catégorie aux États-Unis, selon lequel le marché immobilier est toujours à la hausse. En tant qu'historienne, je sais que ce marché est demeuré stable au Royaume-Uni pendant 150 ans. La hausse qui a suivi a été spectaculaire, mais 150 ans, c'était la durée de trois vies. Quelles sont les répercussions sur les Canadiens du fait que tout cet argent est dans l'immobilier? Je présume que certains d'entre vous vivent à Ottawa. La fin de semaine dernière, il y avait dans les journaux un tableau présentant des chiffres assez déboussolants qui montraient à quel point les taxes sont élevées, surtout dans les secteurs de la ville où le prix des maisons a le plus augmenté. La question se pose de savoir si, dans une certaine mesure, cela fait en sorte que les gens doivent vendre leur maison devenue trop chère pour eux parce qu'ils n'ont plus les moyens de l'entretenir.

M. Morissette : C'est une bonne question. Pour mettre les choses en contexte, une bonne partie de l'augmentation du niveau de richesse est attribuable à l'immobilier, mais il y a aussi une bonne partie de cette augmentation qui vient de deux autres sources : les RER et les actifs financiers, c'est-à-dire les actions et les obligations.

Maintenant, pour ce qui est du pouvoir d'achat ou du niveau de vie — c'est peut-être l'objet de votre question —, cela dépend de ce que les gens font lorsqu'ils vieillissent. Vendent-ils leur maison, ou choisissent-ils un logement plus modeste, et à quel prix réussissent-ils à vendre leur maison? Il est difficile de prévoir comment ces choses vont évoluer.

La présidente : L'un des sujets que nous abordons, c'est l'idée selon laquelle les personnes âgées continuent de vivre au même endroit, ce qui signifie qu'elles continuent d'habiter la même maison et ne sont pas obligées de s'installer ailleurs. C'est la raison pour laquelle je m'engageais sur cette voie, si je puis dire.

Le sénateur Mercer : Je me rends compte maintenant que j'aurais dû être plus attentif lorsque j'ai suivi des cours de statistique. Vous avez commencé par dire que les personnes qui gagnaient moins de 10 000 \$ par année étaient exclues de votre analyse. Bien entendu, le comité étudie la question de la pauvreté, et nous pouvons présumer que l'étude vise en grande partie ces gens.

Pourquoi les avoir exclus et qu'est-ce qui vous a incités à prendre cette décision? Vos raisons vous donneront peut-être une idée des questions que nous voulons poser.

Mr. Picot: We excluded them because the data set we were dealing with did not have sufficient data on that population. We used tax filers and, early in the study, prior to 1992, people with earnings below \$10,000 simply did not report a lot of income so we did not have accurate income data on people below \$10,000. We did not exclude them because we wanted to; we had no choice.

There are many major issues, but we can think about low income or poverty as the first issue among retirement and the extent to which public and private pension systems prevent people from falling into poverty. The second issue is, what happens in the rest of the population? How are their levels of income maintained? We hear about the baby boomers not being ready for retirement, and the replacement rates will be low, et cetera. We studied the second issues, not the first issue because this study is not a poverty analysis. This study is an analysis of a second issue and that is, to what extent do we see incomes being maintained as people age, especially those people in the middle and top of the income distribution. Overall, we conclude that, by and large, the numbers suggested that people entering retirement are doing pretty well.

Senator Mercer: On page 5, your chart shows a maximum of 40 per cent of people receiving income from private pensions. That group is the top one, and the chart says down to a low of 15 per cent in the bottom group.

This number is a major concern for me. Later, on page 12, you talk about private pension coverage falling among younger workers. You say that the situation is not getting better but it looks like it is getting worse. The government can do so much by providing CPP and Old Age Pension, et cetera. However, for people who are not supplementing those sources of income with private pensions, will that problem become much worse as that population of people retire, their incomes drop potentially and they become a greater financial burden on the rest of the population?

Mr. Picot: It is possible.

Again, we look at these results as fairly positive for people who have recently retired and for people who will retire in the near future. I will divide this group into people who will retire over the next 10 or 15 years and then people who will retire beyond that time.

In the next 10 or 15 years, it seems to me a number of positive things will happen. Labour demands will probably rise. A lot of people are entering retirement. We are worried about labour shortages, so the opportunities for people to work once they are into retirement and in early retirement will increase. This generation of retirees may be one of the first ones to be wanted in the sense that the unemployment rate is low. Through the 1970s, 1980s and 1990s we had a surplus of labour. We had

M. Picot : Nous avons exclu ces gens parce que l'ensemble de données que nous avons utilisées ne contenaient pas suffisamment de données sur cette population. Nous avons utilisé les données des déclarations d'impôt, et, pour le début de la période visée par l'étude, c'est-à-dire avant 1992, les gens qui gagnaient moins de 10 000 \$ par année ne déclaraient pas beaucoup de revenus, ce qui fait que nous ne disposions pas de données exactes sur le revenu des gens gagnant moins de 10 000 \$ par année. Nous ne les avons pas exclus par choix; nous avons été forcés de le faire.

Il y a beaucoup d'enjeux importants, mais nous sommes fondés à penser que le problème le plus important, chez les retraités, c'est la faiblesse du revenu ou la pauvreté, ainsi que la mesure dans laquelle les régimes de pensions publics et privés la préviennent. L'autre enjeu, c'est ce qu'il advient du reste de la population. Dans quelle mesure le niveau de revenu des gens se maintient-il? Nous entendons dire que les baby-boomers ne sont pas prêts pour la retraite, que les taux de remplacement vont être faibles, et cetera. Nous nous sommes penchés sur ce second enjeu, et non sur le premier, parce que l'étude n'est pas une analyse de la pauvreté. Il s'agit d'une analyse du second enjeu, c'est-à-dire la mesure dans laquelle le niveau de revenu des gens qui vieillissent se maintient, surtout celui des gens qui ont un revenu moyen ou élevé. Notre conclusion générale, c'est que les chiffres indiquent que les nouveaux retraités s'en tirent assez bien.

Le sénateur Mercer : À la page 5 de votre mémoire, il y a une figure qui montre que 40 p. 100 des gens au maximum touchent des revenus provenant de régimes de pensions privés. Il s'agit du quintile supérieur, et le tableau indique que la proportion est de 15 p. 100 dans le quintile inférieur.

Ce chiffre me préoccupe beaucoup. Plus loin, à la page 12, vous dites que la participation à des régimes de pensions privés diminue chez les jeunes travailleurs. Vous dites que la situation ne s'améliore pas, mais qu'elle semble empirer. Le gouvernement peut aider les gens dans une certaine mesure grâce à la prestation du RPC et de la sécurité de la vieillesse, et cetera. Cependant, chez les gens qui ne complètent pas ces sources de revenus en participant à des régimes de pensions privés, est-ce que le problème va beaucoup empirer lorsque cette population va prendre sa retraite, c'est-à-dire que ses revenus vont chuter et que la population va devoir les soutenir?

M. Picot : C'est possible.

Encore une fois, nous jugeons que les chiffres sont assez positifs chez les jeunes qui ont pris leur retraite récemment ou qui vont la prendre bientôt. Je vais diviser ce groupe en deux : les gens qui vont prendre leur retraite au cours des 10 à 15 prochaines années et ceux qui vont la prendre plus tard.

Au cours des 10 à 15 prochaines années, je pense qu'un certain nombre de choses positives vont se produire. La demande de main-d'œuvre va probablement augmenter. Beaucoup de gens arrivent à la retraite. Nous sommes préoccupés par les pénuries de main-d'œuvre, ce qui fait que les gens qui ont pris leur retraite ou une retraite anticipée vont avoir de plus en plus de possibilités d'emplois. Cette génération de retraités sera peut-être l'une des premières à être en demande, parce que le taux de chômage est

relatively high unemployment rates. We will now enter a period where we will probably have the opposite. The opportunity for retirees to find jobs in the near future will be high.

The education attainment of people is changing dramatically. I forget the exact numbers, but in 1990, for people aged 55 to 64, about 25 per cent or 30 per cent had some level of post-secondary education; a degree, certificate or diploma. Now it is something like 54 per cent. It has risen dramatically. The population is much more highly educated. They tend to want to work longer. The opportunities will also be there. Earnings have been rising among the older population for the last couple of years as compared to the young, where it has been falling. Things are looking good for people who are retiring in 10 or 15 years.

Beyond that, when we look at people now under age 40, we run into the problems you identified, and that is, earnings have been falling among that population relative to the earnings of their predecessors, and pension coverage has been falling. As we look farther out, those generations may face additional problems that we do not see now and will not see in the near future.

Senator Mercer: Labour shortages are becoming a problem. Our unemployment rate is at a low level and, having lived most of my life in Halifax, I thought I would never see the day when I could see help-wanted signs all over the city.

One solution to our labour shortages is immigration. Have you conducted an analysis of new Canadians as they come into the workforce? Are they bigger participants in private pensions? Do they come into the workforce and join the CPP program at an older age? My son started working at age 20 so he started to contribute at age 20, but are new Canadians coming in at an older age and contributing fewer funds to the plan, and are these Canadians greater or lesser contributors to private pension funds?

Mr. Picot: You are probably aware of this finding as a committee. Immigrants, in general, over the last 15 or 20 years, by and large when entering Canada, are not doing well economically, and the situation has been deteriorating.

In general, in terms of earnings, they are worse off than their predecessors were; immigrants entering during the 1970s. They have lower earnings.

An increasing number of immigrants are entering in their 40s, which means they do not have as much time to acquire wealth or to contribute to pension plans, et cetera. Most immigrants are still young but an increasing number are in their 40s. When those two facts are combined, the immigrant

bas. Dans les années 1970, 1980 et 1990, l'offre de main-d'œuvre était excédentaire. Les taux de chômage étaient relativement élevés. Nous allons maintenant vivre une période où ça va probablement être le contraire. Dans un avenir proche, les retraités vont avoir beaucoup de possibilités d'emplois.

Le degré de scolarité évolue de façon spectaculaire. J'ai oublié les chiffres exacts, mais, en 1990, environ 25 ou 30 p. 100 des gens de 55 à 64 ans avaient poursuivi des études postsecondaires et possédaient un grade, un certificat ou un diplôme. Aujourd'hui, c'est quelque chose comme 54 p. 100. La proportion a augmenté de façon spectaculaire. La population est beaucoup plus instruite. Les gens ont tendance à vouloir travailler plus longtemps. Ils vont avoir la possibilité de le faire. Au cours des dernières années, les salaires des couches de la population les plus âgées ont augmenté, par rapport à ceux des jeunes, qui ont chuté. Les perspectives semblent bonnes pour les gens qui vont prendre leur retraite d'ici 10 ou 15 ans.

Au-delà de cette période, si nous jetons un coup d'œil sur la situation des gens qui ont actuellement moins de 40 ans, nous relevons les problèmes dont vous avez parlé, c'est-à-dire que les salaires pour cette population, par rapport aux précédentes, ont diminué, comme la participation à des régimes de pensions. Les prévisions à plus long terme laissent entrevoir des problèmes supplémentaires pour ces générations, problèmes qui n'existent pas à l'heure actuelle et que nous ne verrons pas dans un avenir proche.

Le sénateur Mercer : Les pénuries de main-d'œuvre sont en train de devenir un problème. Le taux de chômage est bas, et comme j'ai vécu la majeure partie de ma vie à Halifax, j'ai cru que jamais je ne verrais un jour des affiches d'offres d'emplois partout dans la ville.

L'une des solutions qui s'offrent à nous pour régler le problème des pénuries de main-d'œuvre, c'est l'immigration. Avez-vous analysé la situation des nouveaux Canadiens qui se joignent à la population active? Participent-ils davantage que les autres aux régimes de pensions privés? Participent-ils à la population active et au programme du RPC à un âge plus avancé que les autres citoyens canadiens? Mon fils a commencé à travailler à 20 ans, ce qui veut dire qu'il a commencé à cotiser à cet âge, mais est-ce que les nouveaux Canadiens arrivent plus tard dans leur vie et cotisent moins au régime? Cotisent-ils davantage ou moins à des régimes de pensions privés?

M. Picot : Les membres du comité savent probablement déjà ce que je vais dire. De façon générale, les immigrants ne s'en tirent pas très bien, sur le plan économique, depuis 15 ou 20 ans, et leur situation se détériore.

En règle générale, pour ce qui est des salaires, leur situation est pire que celle de leurs prédécesseurs, c'est-à-dire les immigrants arrivés dans les années 1970. Les salaires des immigrants sont aujourd'hui plus bas.

De plus en plus d'immigrants s'installent au pays quand ils sont dans la quarantaine, ce qui veut dire qu'ils n'ont pas beaucoup de temps pour accumuler des biens ou de l'argent ou pour contribuer à des régimes de pensions, et ainsi de suite. Encore aujourd'hui, la plupart des immigrants sont jeunes, mais il y en a de plus en plus

population may be one area where we see issues regarding retirement in the coming years, and income maintenance or adequate income levels.

That is a general answer.

Mr. Morissette: Given that the earnings of recent immigrants have deteriorated, and generally we know highway jobs are well covered by pension plans, I suspect that we might see the kind of decline in private pension coverage that we have seen among the young workers, the young men. I suspect we would see that also among the recent immigrants. We completed a study on that issue a few years ago, but I do not recall the numbers.

One issue related to pension coverage that we examined among recent immigrants was the extent of their knowledge about their pension coverage; that is, we asked people whether they had a pension plan in their job or not. Then we turned to their employers and asked them whether they provided any kind of pension plans. We found that, among recent immigrants, much more so than among the Canadian-born population, knowledge of pension coverage was poor; that is, a high proportion of recent immigrants claimed they had some sort of registered pension plan or group registered savings plan in their job but, in turning to their employers, found they had no plan at all. There might be a knowledge issue among recent immigrants. They may think they are covered by a private pension plan — perhaps they think that CPP is a private pension plan — which would confound the problem.

We were not able to look at whether this misinformation had implications for their savings behaviour, that is, whether thinking they were covered by some kind of pension plan led them to save less than they should have otherwise. To summarize and to go back to the initial question, my sense is — we can check — that the recent immigrants have not done better in terms of pension coverage than new Canadian-born entrants over the past few years.

Senator Mercer: Mr. Wannell, in your presentation you talked about excluding disabled and single-year RPP payout from this study. I think I understand the single year, but I do not understand excluding disabled. That group would be one that would be probably worthwhile to study.

Mr. Wannell: It would be definitely of interest for social policy, but in terms of looking at post-take-up work patterns, they would

qui sont dans la quarantaine. Les deux faits combinés auront peut-être pour effet que les immigrants seront touchés par des problèmes lorsqu'ils prendront leur retraite au cours des prochaines années, notamment au chapitre du maintien du revenu ou d'un niveau de revenu adéquat.

C'est une réponse générale.

M. Morissette : Comme les salaires des immigrants récemment arrivés au pays sont moins bons, et comme nous savons que, de façon générale, les bons emplois s'assortissent de bonnes possibilités de participation à des régimes de pensions, je pense que nous allons peut-être voir chez les immigrants la même diminution de la participation aux régimes de pensions privés que nous avons constatée chez les jeunes travailleurs, les jeunes hommes. Je pense que c'est quelque chose que nous allons voir aussi chez les immigrants de fraîche date. Nous avons effectué une étude là-dessus il y a quelques années, mais j'ai oublié les chiffres.

L'un des problèmes liés à la participation à des régimes de pensions sur lesquels nous nous sommes penchés a trait à la mesure dans laquelle les immigrants nouveaux savent qu'ils participent à un régime de pensions, c'est-à-dire que nous avons demandé à un certain nombre de personnes si leur poste leur permettait de participer ou non. Nous avons ensuite demandé à leur employeur s'ils offraient un quelconque régime de pensions. Ce que nous avons découvert, c'est que les immigrants de fraîche date étaient beaucoup moins nombreux que les Canadiens nés au pays à savoir s'ils avaient accès à un régime de pensions, c'est-à-dire qu'une forte proportion d'immigrants récents ont dit avoir accès à un quelconque régime de pensions agréé ou régime enregistré d'épargne collectif alors que, selon leur employeur, ils n'avaient accès à aucun régime du genre. Il y a peut-être un problème d'information chez les nouveaux immigrants. Ils pensent peut-être participer à un régime de pensions privé — peut-être pensent-ils que le RPC en est un —, ce qui rend le problème difficile à régler.

Nous n'avons pas été en mesure de déterminer si ce manque d'information avait des répercussions sur les habitudes d'épargne, c'est-à-dire si le fait de penser qu'ils avaient accès à un quelconque régime de pensions les a poussés à épargner moins qu'ils ne l'auraient fait autrement. Pour résumer et pour en revenir à la question de départ, je pense — nous pourrions vérifier — que les nouveaux immigrants n'ont pas davantage participé à des régimes de pensions que les Canadiens nés ici qui sont entrés sur le marché du travail au cours des dernières années.

Le sénateur Mercer : Monsieur Wannell, dans votre exposé, vous avez parlé du fait que les personnes handicapées et celles ayant reçu l'intégralité de leurs prestations dans le cadre de leur RPA en une seule année étaient exclues de l'étude. Je crois comprendre pour ce qui est du paiement intégral en une seule année, mais je ne comprends pas pourquoi les personnes handicapées sont exclues. Il vaut probablement la peine d'étudier la situation de ce groupe.

M. Wannell : Ce serait assurément très intéressant du point de vue des politiques sociales, mais pour ce qui est de l'étude des

be limited generally from seeking work because they have recognized disabilities.

Senator Mercer: Have studies been done to examine the new theory or discussion about income splitting? We are in a situation where a couple together arrive at a point where one person wants or needs to retire and the other person wants or needs to continue working. However, because income will drop, perhaps the person that is working would like to draw on their CPP to supplement the family income but cannot because they are still working. Have any studies been undertaken to examine what effect that situation would have both on the fund and on incomes if it were to change; if people who are working and are above the age of 60 are able to receive CPP as a supplement to the family income? Most people look at their family income as opposed to their personal income.

Mr. Wannell: We do not have anything in particular on that subject. Mr. Fougère talked about the stop-work effect. To collect the CPP benefits, one must stop working for one month, and then one can start again. It is not a prohibition on work and receiving benefits; it is stopping work for one month. The idea is that it is a real impediment to work, and for an increasing number of people, we see it is not a big impediment.

Senator Keon: I have always found pensions interesting. For one thing, in my life as an administrator, pensions present a tremendous problem for people that reach age 55, approximately, because when they calculate their incomes and so forth, there is not much value for them to continue working, so we lose some tremendously good people who have another five or ten years left.

Second, I have been of the impression, and correct me if I am wrong, that pensions are terribly discriminating. They discriminate against the low earners. Pensions are indexed now, and someone who retires with a pension of \$25,000 does not receive much growth along the road of life, whereas someone who retires with a pension of \$75,000 receives huge growth. I have always wondered why there was not a better way of indexing pensions; why fairness never came into the equation. Am I wrong?

Mr. Myles: The point you raise has been around for a long time. The classic example comes from the United States where, historically, Blacks have had much shorter lives than Whites, so they never collect the same amount in pension income on average that Whites do, in addition to being low income, but even in relation to their contributions.

tendances relatives au travail après le début des prestations de retraite, les personnes qui ont un handicap reconnu font en général face à certaines limites pour ce qu'il s'agit de chercher un emploi.

Le sénateur Mercer : A-t-on effectué des études sur les nouveaux principes ou sur le nouveau débat relatif au fractionnement du revenu? Ce qui arrive aujourd'hui, c'est que, dans un couple, il peut y avoir une personne qui veut prendre sa retraite ou qui doit le faire, alors que l'autre souhaite ou doit continuer à travailler. Cependant, comme le revenu familial va diminuer à partir de ce point-là, la personne qui travaille souhaiterait peut-être toucher des prestations du RPC pour faire augmenter le revenu familial, mais ne peut le faire parce qu'elle continue de travailler. A-t-on effectué des études pour déterminer quelle serait l'incidence de cette situation sur le fonds et sur les revenus si les règles étaient modifiées, c'est-à-dire si des gens qui travaillent après 60 ans pouvaient recevoir des prestations du RPC à titre de supplément du revenu familial? La plupart des gens envisagent les choses du point de vue du revenu familial plutôt que de leur revenu personnel.

M. Wannell : Nous n'avons rien de précis sur ce sujet. M. Fougère a parlé du fait que les règles poussent les gens à arrêter de travailler. Pour toucher des prestations du RPC, les gens doivent cesser de travailler pendant un mois, et ils peuvent ensuite recommencer. Il ne leur est pas interdit de travailler et de toucher des prestations; ils ne doivent pas travailler pendant un mois, c'est tout. L'idée, c'est qu'il s'agit d'un véritable obstacle au travail, et nous constatons que, pour de plus en plus de gens, ce n'est pas un obstacle important.

Le sénateur Keon : J'ai toujours trouvé la question des pensions intéressante. Premièrement, j'ai été administrateur, et les pensions posent un problème énorme aux gens qui atteignent l'âge de 55 ans, à peu près, parce que, lorsqu'ils calculent leurs revenus et ainsi de suite, ils s'aperçoivent qu'ils n'ont pas vraiment intérêt à continuer de travailler, ce qui fait que nous perdons énormément de gens qualifiés qui auraient pu travailler pendant encore cinq ou dix ans.

Deuxièmement, j'ai l'impression — corrigez-moi si je me trompe — que les pensions sont extrêmement discriminatoires. Elles sont discriminatoires à l'égard des gens qui gagnent peu d'argent. Aujourd'hui, les pensions sont indexées, et la personne qui touche une pension de 25 000 \$ ne verra pas cette pension augmenter beaucoup pendant le reste de sa vie, tandis qu'une personne qui touche une pension de 75 000 \$ va voir la sienne augmenter passablement. Je me suis toujours demandé pourquoi on n'a pas adopté une meilleure méthode d'indexation des pensions, pourquoi on n'a jamais tenu compte de la variable équité dans l'équation. Est-ce que je me trompe?

M. Myles : On parle du point que vous soulevez depuis longtemps. L'exemple classique, c'est celui des États-Unis, où, dans le passé, les Noirs vivaient beaucoup moins longtemps que les Blancs, ce qui fait qu'ils ne touchaient jamais autant de revenus de pensions que les Blancs en moyenne, en plus de gagner moins, mais même par rapport à leurs cotisations.

I suppose the counter to that point is that most national pension systems have heavy elements of redistribution built into them in one form or another, particularly here in Canada in the parts that are funded through general revenue like OAS and GIS. Even earnings-related pensions often have a redistributive component. The point you make has added weight when we think about pension issues that confront us in the 21st century. We have seen enormous growth in longevity over the last 25 years, and longevity is continuing to increase. However, the growth in longevity is growing disproportionately to better educated, higher income earners, so that longevity gap has been growing somewhat.

When I wear my professor's hat, I sometimes suggest, in relation to the growing longevity gap that, first of all, the well-to-do received more when they were young from the educational system. The highly educated, by definition, received more when they were young from the public education system, and they will receive more when they retire because they will live longer.

In the comments I made along the lines of those made by Mr. Fougère, this is where I think asking questions about working longer and changing legislation — not only for fairness but for efficiency and productivity reasons — is happening. Attention has shifted in the last few years from thinking about OAS, CPP and GIS, which are the big, important programs for lower income workers, to thinking about the fairness implications of our private pension systems. Private pension systems include RPPs and RRSPs, which are not totally private, of course, since they receive enormous tax subsidies from the public purse.

Senator Keon: I think the system is unfair. You are all experts. Tell us how we can make it fair.

The Chair: To throw in another aspect to that question, we know that the actuarial studies are all based on the average life span of a Canadian, but we have heard clear evidence that, for example, Aboriginals do not live as long as non-Aboriginals, and people with chronic diseases do not live the same length of time.

Should that evidence be built into pension plans if these people have a life span of, not 81 years of age if they happen to be a female but 71 years of age because they have a chronic disease?

Mr. Fougère: I am not sure I have an answer to this particular question.

Je suppose que l'argument contraire est celui selon lequel la plupart des régimes de pensions nationaux sont dotés d'importants éléments de redistribution empruntant une forme ou une autre, surtout ici, au Canada, au sein des parties financées à même les recettes générales, comme la SV et le SRG. Même les pensions liées aux gains ont souvent une composante de redistribution. Ce que vous dites est encore plus important à la lumière des problèmes relatifs aux pensions, auxquels nous faisons face au XXI^e siècle. Nous avons été témoins d'une augmentation très importante de l'espérance de vie au cours des 25 dernières années, et celle-ci continue d'augmenter. Cependant, l'espérance de vie croît bien plus rapidement dans le cas des gens éduqués touchant un revenu élevé, ce qui fait que l'écart attribuable à l'espérance de vie s'est en quelque sorte accru.

Lorsque j'enseigne, je dis parfois, en ce qui concerne l'accroissement de l'écart attribuable à l'espérance de vie, que, tout d'abord, les gens riches ont profité davantage du système d'éducation lorsqu'ils étaient jeunes que les autres. Les gens qui ont un degré de scolarité élevé ont par définition profité davantage du système d'éducation publique lorsqu'ils étaient jeunes que les autres, et ils vont être encore favorisés lorsqu'ils prendront leur retraite, parce qu'ils vont vivre plus vieux que leurs prédécesseurs.

Dans les observations que j'ai formulées et qui allaient dans le même sens que celles de M. Fougère... c'est à cet égard que, je pense, on se questionne au sujet du fait que les gens travaillent plus longtemps et de la modification des lois — pour des motifs liés non seulement à l'équité, mais également à l'efficacité et à la productivité. Auparavant, on s'occupait surtout de la SV, du RPC et du SRG, qui sont les gros programmes importants pour les travailleurs à faible revenu, et, au cours des dernières années, on a commencé à penser davantage aux répercussions, sur le plan de l'équité, de nos régimes de pensions privés. Ces régimes comprennent les RPA et les REER, qui ne sont pas entièrement privés, bien entendu, puisqu'ils font l'objet d'énormes subventions à caractère fiscal provenant du trésor public.

Le sénateur Keon : À mon avis, le système est injuste. Vous êtes les spécialistes. Dites-nous comment il faut faire pour le rendre équitable.

La présidente : Pour aborder un autre aspect de cette question, nous savons que les études actuarielles sont toutes fondées sur l'espérance de vie moyenne des Canadiens, mais on nous a clairement expliqué que les Autochtones, par exemple, ne vivent pas aussi vieux que les autres Canadiens, et que les gens qui souffrent de maladies chroniques ne vivent pas aussi longtemps que les autres non plus.

Est-ce que la structure des régimes de pensions devrait tenir compte de ces faits, s'il est vrai que ces gens ont une espérance de vie non pas de 81 ans, dans le cas d'une femme, mais de 71 ans en raison de maladies chroniques?

M. Fougère : Je ne suis pas sûr de pouvoir répondre à votre question.

The only remark I would make is that, after the age of 55, a large number of people leave the labour market. I think one factor associated with that trend would be private pension plans more than the public pension system, according to our findings.

My sense is that, if we want to make efforts to encourage these people to stay in the labour market longer, we must focus more on the incentive effect of these plans, particularly the defined benefit pension plans. Defined contributions do not generate early retirement incentives like RRSPs do. Defined benefit pension plans certainly have a wealth effect, but it is like every other financial asset.

That comment is the only one I would make. Unfortunately, I do not have anything to say on discrimination.

Mr. Myles: No one at the table here is an expert in fairness. You folks are probably more expert at addressing that issue. It is a big political question. We talk about it at Statistics Canada, but it is not what we write about in our documents.

Mr. Picot: I am not sure what you mean by “fairness,” but one measure that people often use in terms of fairness is income inequality, the extent to which the gap between the rich and the poor exists.

We know that, as people retire, that inequality falls. If you recall in my charts, I showed that the income level of people at the bottom of the income distribution remained constant, whereas income among people at the top fell by about 15 per cent. That means that as they move from age 55 to age 75, the gap between the rich and the poor falls.

From that point of view, if you think of the gap as one reasonable measure of fairness — one could debate that for sure — the gap is being reduced.

Another thing that comes to mind, at least in my simple-minded way of thinking about this issue, is that our objectives are to keep people out of poverty in retirement and, second, to maintain a reasonable living standard among the rest of the population.

We see that poverty rates have fallen a lot, with the exceptions I am sure you will hear about from Mr. Shillington in a few minutes. The rates are fairly low, by and large, except for single women, in particular. We have made a lot of gains there, and we also see that the income replacement rates, by and large, are positive.

When you add up all those parts, I am not sure what it tells you about fairness, but it is one way to think about it.

Senator Keon: Are you satisfied, for example, that the adjustments in place to top up old age pension, coupled with CPP, are adequate, or should there be something else?

La seule chose que je peux dire, c'est que, après l'âge de 55 ans, beaucoup de gens quittent le marché du travail. Je pense que c'est davantage un effet des régimes privés que du régime de pensions public, d'après nos conclusions.

Ce que je pense, c'est que, si nous voulons faire des efforts pour encourager ces gens à demeurer sur le marché du travail plus longtemps, nous devons nous concentrer davantage sur l'effet d'incitation de ces régimes, surtout en ce qui concerne les régimes à prestations déterminées. Les régimes à cotisations déterminées ne sont pas à l'origine d'incitatifs à la retraite anticipée comme les REER. Les régimes à prestations déterminées ont assurément un effet sur le niveau de richesse, mais c'est le cas de tous les autres actifs financiers.

C'est le seul commentaire que je ferais. Malheureusement, je n'ai rien à dire en ce qui concerne la discrimination.

M. Myles : Personne ici n'est spécialiste des questions d'équité. Vous êtes probablement mieux placé pour répondre à cette question. C'est une question importante sur le plan politique. Nous en parlons à Statistique Canada, mais ce n'est pas l'un de nos sujets de publication.

M. Picot : Je ne suis pas sûr de savoir ce que vous voulez dire par « équité », mais l'une des mesures que les gens utilisent souvent, c'est l'inégalité du revenu, c'est-à-dire l'importance de l'écart entre les revenus des riches et ceux des pauvres.

Nous savons que l'inégalité diminue à la retraite. Si vous vous rappelez les figures que je vous ai présentées, j'ai montré que le niveau de revenu des gens du quintile inférieur demeurait constant, tandis que celui des gens du quintile supérieur diminue d'environ 15 p. 100. Cela signifie que l'écart entre les riches et les pauvres devient moins important entre 55 et 75 ans.

Dans cette perspective, si vous jugez que l'écart est une mesure raisonnable de l'équité — il y a là matière à débat, c'est certain —, l'écart est réduit.

Une autre chose qui vient à l'esprit, en tout cas à moi, qui vois la question de façon simplifiée, c'est que nos objectifs sont, premièrement, de faire en sorte que des gens ne deviennent pas pauvres à la retraite, et, deuxièmement, que le reste de la population puisse maintenir un niveau de vie raisonnable.

Nous constatons que les taux de pauvreté ont beaucoup diminué, sauf pour ce qui est des exceptions dont vous allez entendre parler M. Shillington dans quelques minutes, j'en suis convaincu. Les taux sont assez bas, de façon générale, sauf chez les femmes célibataires, notamment. Nous avons fait beaucoup de progrès à cet égard, et nous constatons aussi que les taux de remplacement du revenu sont, de façon générale, positifs.

Si vous mettez tout cela ensemble, je ne sais pas ce que vous pouvez tirer comme conclusion au sujet de l'équité, mais c'est l'une des façons d'envisager la question.

Le sénateur Keon : Êtes-vous convaincu, par exemple, que les suppléments de la pension de la sécurité de la vieillesse, avec le RPC, sont suffisants, ou pensez-vous qu'il devrait y avoir quelque chose d'autre?

I think, in an ideal situation, we should have minimum family income in the country instead of a minimum wage. Because people become old and are on pension does not mean they also do not need a minimum income. Have you any ideas about how we could pontificate on your ideas?

Mr. Picot: I have not given this matter enough thought to make any comments. I do not know if anyone else has.

Mr. Myles: I know you will hear about this later from Mr. Shillington who, from what he told us beforehand, will talk about the indexing provisions of OAS and GIS.

Poverty rates among Canadian seniors have fallen continuously until the last few years and fallen enormously so that, with respect to Canadian old age poverty rates, we are up there with Sweden in terms of bringing those rates down. One reason is that we measure poverty relative to what is happening to the rest of the population. We usually measure it to something close to median family income. We know that median family incomes have not risen in Canada for 30 years, nor have median earnings. There have been rises at the top, but we measure poverty relative to the median.

During this period, incomes of the elderly in Canada rose largely because of the CPP and, more recently, because of maturation of private pensions. However, if we hit a period when median earnings and median family incomes of the non-elderly population rise — and we hope they do; 30 years of stagnation in median family incomes is not a great accomplishment — we are likely to see the gap between the elderly and the non-elderly open up again.

Senator Cordy: I apologize for being late, but the flights out of Halifax were delayed today because of all our snow yesterday.

I am interested in the comments you made about the reduction in seniors' poverty, and I think that is a positive thing. However, if we look more closely at the statistics — Mr. Picot, you made reference to unattached females — the numbers for unattached women are high. Some are women who have never been married. Some are women who are widowed and who, perhaps, were never in the workplace or were in and out of it for a variety of reasons, either caring for children or caring for their parents. It tends to be the woman who stays at home.

Can we do anything with Canada pension contributions to ensure that when these women are seniors, either 65, 75 or whatever age, that they will not be living in poverty?

À mon avis, idéalement, il devrait y avoir un revenu familial minimum au pays, plutôt qu'un salaire minimum. Le fait que les gens vieillissent et reçoivent une pension ne signifie pas qu'ils n'ont pas besoin d'un revenu minimum. Avez-vous une idée de la façon dont nous pourrions pontifier à partir de vos idées?

M. Picot : Je n'y ai pas suffisamment réfléchi pour dire quoi que ce soit. Je ne sais pas si quelqu'un d'autre y a suffisamment réfléchi.

M. Myles : Je sais que M. Shillington va en parler tout à l'heure, d'après ce qu'il nous a dit avant la séance; il parlera des dispositions d'indexation de la SV et du SRG.

Les taux de pauvreté chez les personnes âgées ont diminué constamment au cours des dernières années, et ils ont énormément diminué, ce qui fait que, pour ce qui est de réduire ces taux, nous sommes parmi les meilleurs pays avec la Suède. Cela est attribuable en partie au fait que nous mesurons la pauvreté par rapport à la situation du reste de la population. Nous la mesurons habituellement en fonction de quelque chose qui se rapproche du revenu familial médian. Nous savons que le revenu familial médian n'a pas augmenté depuis 30 ans au Canada, pas plus que le salaire médian. Il y a eu certaines augmentations chez les gens riches, mais nous mesurons la pauvreté par rapport à la médiane.

Au cours de cette période, le revenu des personnes âgées du Canada a augmenté surtout en raison du RPC, et, plus récemment, en raison de l'évolution des régimes de pension privés. Cependant, si nous vivons une période au cours de laquelle le salaire médian et le revenu familial médian du reste de la population augmentent — et nous espérons que ça se produise; 30 ans de stagnation du revenu familial médian n'est pas un grand accomplissement —, nous allons probablement voir l'écart entre les personnes âgées et le reste de la population s'élargir de nouveau.

Le sénateur Cordy : Je m'excuse d'être en retard, mais les vols en partance de Halifax ont été retardés à cause de toute la neige qui est tombée chez nous hier.

Ce que vous avez dit au sujet de la réduction de la pauvreté chez les personnes âgées m'intéresse, et je pense que c'est une chose positive. Cependant, si nous regardons attentivement les chiffres — monsieur Picot, vous avez parlé des femmes célibataires —, les chiffres concernant les femmes célibataires sont élevés. Parmi ces femmes, il y en a qui n'ont jamais été mariées. Il y en a qui sont veuves et d'autres qui n'ont peut-être jamais travaillé ou ont travaillé par intermittence pour toutes sortes de raisons, lorsqu'elles s'occupaient soit de leurs enfants, soit de leurs parents. Ce sont plus souvent les femmes qui restent à la maison.

Pouvons-nous faire quoi que ce soit, par rapport au régime de pensions, pour nous assurer que les femmes ne vivent pas dans la pauvreté lorsqu'elles atteignent 65 ans, 75 ans ou peu importe l'âge?

Mr. Picot: You are asking someone from Statistics Canada to make policy commentary, and it is not normally what we do. I will pass on that question, but I would not mind saying a couple of things. Mr. Myles may pick up on the question; that is why we brought him.

Looking into the future, there are a couple of things to keep in mind, to pick up on the positive side of this issue. I know it is serious and there are many problems here.

The labour force behaviour of women is looking much more like that of men recently. If we look at age earnings profile, or what happens to earnings, it used to be women would gain a little in their 20s and then it was flat, whereas men's earnings would go up.

Women's age earnings profiles look much like men's now. Their employment patterns are similar. I would guess we will see a big change in the future, to the extent to which pensions are driven by employment, in terms of women's outcomes.

Another aspect is educational attainment. The educational attainment of women has risen unbelievably over the last 10 or 15 years. At least among younger cohorts, as they move into retirement, we will see a big change there as well. That educational attainment tends to increase their earnings and increases their likelihood of employment, both before retirement and after.

Those are a couple of positive things looking out that I think are happening. In terms of the immediate future and the effect of particular policy changes, I am sorry, but I do not have much to say on that.

Mr. Myles: Mr. Picot is right. The question is whether you are talking about the present or the future. Future cohorts of elderly women will probably look different. The women who have never married probably do as well as men in old age. That is the kind of number I remember. Most of them have been employed over most of their lifetime. The vulnerable population is the widowed and, increasingly, the separated and divorced.

We have recently finished this first study on income replacement. There are automatic things you can do. Maybe Mr. Shillington can talk later about GIS and these kinds of things.

Complex issues are involved in understanding what generates the outcome. Is it because we do not have good mechanisms for asset splitting, upon divorce or separation? I should note that unattached elderly men have high poverty rates. Basically there is

M. Picot : Vous demandez à quelqu'un qui travaille à Statistique Canada de formuler un commentaire sur les politiques, mais ce n'est habituellement pas ce que nous faisons. Je vais laisser passer cette question, mais je veux bien dire une chose ou deux. M. Myles voudra peut-être répondre à la question; c'est pour ça que nous lui avons demandé de nous accompagner.

Si l'on envisage l'avenir, il y a deux ou trois choses à garder en tête, pour parler du côté positif de cette question. Je sais que c'est quelque chose de sérieux et qu'il y a là-dedans de nombreux problèmes.

Le comportement des femmes sur le marché du travail ressemble beaucoup à celui des hommes, récemment. Si nous jetons un coup d'œil sur les salaires en fonction de l'âge, ou encore sur la façon dont le salaire évolue avec l'âge, auparavant, les femmes gagnaient un peu plus dans la vingtaine, sans augmentation par la suite, tandis que le salaire des hommes augmentait avec l'âge.

Aujourd'hui, le salaire évolue avec l'âge à peu près de la même façon chez les femmes que chez les hommes. Les tendances sont semblables au chapitre de l'emploi. Je pense que nous allons être témoins d'un changement important, à un moment donné, pour ce qui est des pensions des femmes, dans la mesure où les pensions sont déterminées par l'emploi.

Un autre aspect important, c'est le degré de scolarité. Celui-ci a augmenté de façon spectaculaire au cours des 10 ou 15 dernières années chez les femmes. Chez les cohortes les plus jeunes, à tout le moins, nous allons assister à un changement important là aussi, lorsqu'elles vont prendre leur retraite. Le fait que le degré de scolarité des femmes est plus élevé tend à faire en sorte que leur salaire est plus élevé et que leurs possibilités d'emploi sont plus importantes, tant avant la retraite que pendant celle-ci.

Ce sont deux ou trois choses positives qui, à mon avis, sont en train de se produire. Pour ce qui est de l'avenir immédiat et de l'effet de certaines modifications précises des politiques, je suis désolé, je n'ai pas grand-chose à dire là-dessus.

M. Myles : M. Picot a raison. La question, c'est de savoir si vous parlez du présent ou de l'avenir. Les prochaines cohortes de femmes âgées vont probablement avoir un profil différent des cohortes actuelles. Les femmes qui ne se sont jamais mariées s'en tirent probablement aussi bien que les hommes lorsqu'elles vieillissent. C'est le genre de chiffre dont je me souviens. La plupart d'entre elles ont travaillé pendant la majeure partie de leur vie. La population vulnérable, c'est celle des veuves, et, de plus en plus, celles des femmes séparées et divorcées.

Nous venons de terminer une première étude sur le remplacement du revenu. Il y a des choses à faire automatiquement. Peut-être M. Shillington parlera-t-il plus tard du SRG et de ce genre de choses.

Les facteurs qui déterminent le revenu sont complexes. Est-ce que les problèmes découlent du fait que nous n'avons pas mis en place les bons mécanismes de répartition des biens au moment du divorce ou de la séparation? Il faut que je dise aussi que le taux de

no poverty among men or women living in economic families. Mr. Picot and I were looking at the numbers today: It is like 1 per cent.

Virtually all old-age poverty is among what we call unattached elderly men and women, with women's rates considerably higher than men's.

You have put your finger on a problem. I have not been following the recent research on this issue, but I think we have an opportunity with the data we have.

I would make another note that when you are thinking of poverty and well-being, the real poverty issue among the elderly shows up among the oldest old. Men and women who manage to make it to their 80s have the highest concentration of poverty in old age.

There is an issue related to income here — if you want to address the well-being and poverty aspect of old age — that is elder care. Access to elder care in Canada does not show up in income statistics. For many, this care will be the biggest drain on income. Until now, Canada has not done a good job on the elder-care front.

You asked about housing wealth previously. One thing we have become aware of from the crash in the U.S. housing market among elderly women is that all their plans for selling the house and obtaining access to elder care have gone down the pipes.

Senator Cordy: Why are the oldest of the old the poorest? What situation changes between 75 and 85 to make them poorer?

Mr. Myles: One thing is, they tend to spend whatever assets they have. Mr. Picot's data showed why income replacement for the wealthy is lower. They tend to consume that wealth at a higher rate as they become older, and experience problems of indexing and that sort of thing. Widowhood and divorce causes a concentration among women. If women would learn to marry much younger men, the problem would go away.

Senator Cordy: That should be a new law.

Mr. Myles: Yes.

Senator Cordy: Senator Mercer made reference to immigrants who start in the workforce in Canada perhaps at the age of 40, or certainly later than the age of 20.

I started teaching school when I was 20 years old. I look at my daughters and their friends in their late 20s and early 30s, and many have spent 10 years performing contract work. These people are university graduates — some with student loans — yet they are not finding a career or full-time job until 28 or 29.

pauvreté est élevé chez les hommes âgés et célibataires. En gros, il n'y a pas de pauvreté chez les hommes et les femmes qui appartiennent à une famille économique. M. Picot et moi avons jeté un coup d'œil sur les chiffres aujourd'hui : c'est quelque chose comme 1 p. 100.

Pratiquement toutes les personnes âgées qui sont pauvres sont des hommes et des femmes célibataires, le taux de pauvreté étant considérablement plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

Vous avez mis le doigt sur un problème. Je n'ai pas suivi les recherches effectuées récemment là-dessus, mais je pense que les données dont nous disposons nous offrent la possibilité d'examiner cette situation.

Je veux signaler également que, pour ce qui est de la pauvreté et du bien-être, le vrai problème de pauvreté chez les personnes âgées touche les plus âgées d'entre elles. Les hommes et les femmes qui atteignent l'âge de 80 ans sont ceux chez qui le taux de pauvreté est le plus élevé.

Il y a une question liée au revenu — si vous voulez parler du bien-être et de la pauvreté chez les personnes âgées — et c'est les soins qui leur sont offerts. Les chiffres sur le revenu n'indiquent rien au sujet de l'accès des personnes âgées à des soins au Canada. Pour bon nombre de personnes âgées, c'est ce qui consomme la plus grande partie de leur revenu. Jusqu'à maintenant, le Canada n'a pas fait du bon travail à cet égard.

Vous avez posé tout à l'heure une question sur les biens immobiliers. L'une des choses dont nous nous sommes aperçus, lorsque le marché de l'immobilier s'est effondré aux États-Unis, c'est que tous les plans des femmes âgées qui pensaient vendre leur maison pour avoir accès à des soins sont tombés à l'eau.

Le sénateur Cordy : Pourquoi les personnes les plus âgées sont-elles les plus pauvres? Qu'est-ce qui change entre 75 et 80 ans et qui les rend plus pauvres?

M. Myles : L'un des facteurs, c'est que les personnes âgées ont tendance à utiliser à ce moment-là des actifs dont ils disposent. M. Picot a présenté des données qui montrent pourquoi le taux de remplacement du revenu est plus faible chez les riches. Ceux-ci ont tendance à puiser davantage dans leurs ressources en vieillissant, et ils sont confrontés à des problèmes relatifs à l'indexation et à ce genre de choses. La perte du conjoint et le divorce font en sorte que la pauvreté est davantage concentrée chez les femmes. Si les femmes apprenaient à épouser des hommes plus jeunes qu'elles, ce problème n'existerait plus.

Le sénateur Cordy : Il devrait y avoir une loi à cet égard.

M. Myles : Oui.

Le sénateur Cordy : Le sénateur Mercer a parlé des immigrants qui entrent sur le marché du travail du Canada à l'âge de 40 ans, disons, ou assurément plus tard qu'à 20 ans.

J'ai commencé à enseigner lorsque j'avais 20 ans. Mes filles et leurs amies, qui sont dans la vingtaine avancée ou au début de la trentaine, sont nombreuses à avoir passé 10 ans à travailler à contrat. Elles ont des diplômes universitaires — certaines ont des prêts étudiants —, mais elles ne commencent pas leur carrière ou ne trouvent pas un emploi à temps plein avant 28 ou 29 ans.

Have you prepared projections on what will happen to these people? Will they remain in the workforce longer? I guess we do not know.

Mr. Picot: We have not done the projections. We have talked about the issue. In fact, we talked about it this morning. A simulation model at Statistics Canada, in theory, would allow us to project the earnings of people now in their 20s and 30s; calculate earnings over a lifetime, and figure out how those earnings will change compared to earlier cohorts. We have not done that projection, but in theory we could. We have talked about doing it.

You seem to be well aware of all the issues we talked about. I think people currently younger than 40 have issues. Starting work later is one of them. Young people have always moved in and out of jobs when young. That is the way job matches take place in the labour market. They move around until they find a good match between the worker and the firm. Productivity rises as a result, and it is a good thing. It has increased, compared to previous periods.

This particular generation that starts work later, their earnings are lower than their predecessors, pension coverage is less, and wealth accumulation seems to be less. If I were to worry, in pension policy, about one generation, that is where I would place my focus.

Mr. Fougère: We have not prepared any projections on immigration, but we have prepared an analysis of the economic impact of selecting more immigrants. The only remark I want to make is about one important assumption regarding integration costs as to whether the economic benefits are significant or not. Integration costs are big determinant. For example, if we assume in our analysis that there is no integration costs — that immigrants adapt like Canadians — our results suggest we would have a net gain in terms of economic impact in the long run.

However, when we look at current observations and account for those costs of integration, then the result is not as positive. I think that the issue of integration costs of immigrants is a big element. Even though they come to Canada and are well educated, it may take them time to find jobs, or they may return to school. Those years spent in school or looking for jobs are years not useful for working. That opportunity cost to an economy is important.

The Chair: Thank you to all the panellists. This has been excellent and informative. We appreciate your presence.

Avez-vous fait des prévisions quant à la situation de ces gens? Vont-ils travailler pendant plus longtemps? J'imagine que nous ne savons pas.

M. Picot : Nous n'avons pas fait de prévisions. Nous en avons discuté. En fait, nous en avons discuté ce matin. En théorie, un modèle de simulation nous permettrait, à Statistique Canada, de faire une projection à partir du salaire de gens actuellement dans la vingtaine ou dans la trentaine, de calculer ce qu'ils vont gagner pendant leur vie et de déterminer comment leur salaire va évoluer, par rapport aux cohortes précédentes. Nous n'avons pas fait ces prévisions, mais, en théorie, nous pourrions le faire. Nous avons parlé de le faire.

Vous semblez bien connaître toutes les questions que nous avons abordées. Je pense que les gens qui ont actuellement moins de 40 ans sont confrontés à certains problèmes. L'un de ces problèmes, c'est le fait de commencer à travailler plus tard au cours de leur vie. Les jeunes ont toujours occupé plusieurs emplois au début de leur vie active. C'est ainsi que les choses se passent sur le marché du travail. Ils changent d'emploi jusqu'à ce qu'ils trouvent la bonne entreprise pour eux. Le résultat, c'est l'augmentation de la productivité, ce qui est une bonne chose. Celle-ci a augmenté, comparativement aux périodes précédentes.

Les gens qui appartiennent à la génération dont nous parlions et qui commencent à travailler plus tard gagnent moins que leurs prédécesseurs, ils participent moins à des régimes de pensions et accumulent moins de richesse, semble-t-il. Si je devais me préoccuper d'une seule génération, pour ce qui est des politiques relatives aux pensions, c'est celle-ci que je choisirais.

M. Fougère : Nous n'avons pas fait de prévisions par rapport à l'immigration, mais nous avons effectué une analyse des répercussions économiques qu'aurait une sélection plus rigoureuse des immigrants. La seule chose que je veux vous dire concerne l'une des hypothèses importantes en ce qui concerne les coûts d'intégration par rapport au fait que les avantages économiques soient significatifs ou non. Les coûts d'intégration sont un déterminant important. Si nous présumons, pour les besoins de l'analyse, qu'il n'y a pas de coûts d'intégration — c'est-à-dire que les immigrants s'adaptent comme le reste des Canadiens —, nos résultats laissent croire que nous réalisons un gain net au chapitre des répercussions économiques à long terme.

Cependant, si nous prenons les observations actuelles et tenons compte des coûts d'intégration, nous obtenons un résultat qui n'est pas positif. Je pense que la question des coûts d'intégration des immigrants est un élément important. Même si les immigrants qui arrivent au Canada ont un bon degré de scolarité, ils peuvent avoir besoin de beaucoup de temps pour trouver un emploi, ou encore retourner à l'école. Ces années qu'ils passent à l'école ou à chercher un emploi ne sont pas des années de travail. C'est un coût important sur le plan économique.

La présidente : Merci à tous. Vos témoignages ont été excellents et très éclairants. Nous sommes heureux que vous soyez venus ici aujourd'hui.

We now hear from Derek Hum, Professor of Economics, University of Manitoba, and Richard Shillington, Senior Associate, Informetrica Limited. We also have from Women Elders in Action with us by video conference, Alice West, Chair, and Elsie Dean, Researcher.

Welcome to all of you, and we will begin with Mr. Hum.

Derek Hum, Professor of Economics, University of Manitoba, as an individual: It is a pleasure to be here. I heard the end of the previous presentation, so I will be brief in my introduction and skip the section about the population as an aging structure due in part to the low fertility rates, which leads to low, slow labour growth.

Canada has always been a country that welcomed immigrants, and it relies on immigrants today for population growth. Were it not for immigration, the population would be zero in terms of rate of growth, and population growth translates into labour force growth and productivity.

One issue I will talk about is public pensions. Canada's pensions are designed on a pay-as-you-go basis. The key ratio here is the number of people entitled to receive pensions divided by the number of workers who pay taxes to fund them. Success will depend on the productivity of the economy, the labour force growth, and in our context, also on immigration levels and the performance of these immigrants. The pressures on public pensions are those pressures that are impacted by a change in the ratio of entitlement to workers. That means there are pressures to maintain benefits, to maintain premium levels and to permit, in the future, flexible retirement options or flexible retirement dates.

Because CPP benefits are geared towards an individual's work history and their lifetime earnings, the program also applies to all workers. The issue for immigrants is, sharply put, as follows: Do immigrants' wages and earnings converge to their Canadian native-born counterparts quickly and completely? If so, then the retirement prospects of immigrants are similar to those of other Canadians. Those prospects do not mean the problems disappear; they means they are similar.

With respect to immigrants, using some jargon, economists label two aspects of the convergence, the entry effect and the assimilation effect.

The entry effect is the fact that when immigrants come to Canada, they have economic disadvantage, not only with respect to language fluency or competence but sometimes adjustment because they do not know much about the labour market or how to obtain a job. They sometimes lack recognition of their credentials, what we call human capital, and they also have

Nous allons maintenant entendre les témoignages de Derek Hum, professeur d'économie à l'Université du Manitoba, et de Richard Shillington, conseiller délégué principal chez Informetrica Limited. Alice West, présidente de Women Elders in Action, et Elsie Dean, attachée de recherche au sein de la même organisation, participent également à la séance par vidéoconférence.

Bienvenue à tous et à toutes. Nous allons commencer par M. Hum.

Derek Hum, professeur d'économie, Université du Manitoba, à titre personnel : Je suis heureux d'être ici. J'ai entendu la fin de l'exposé précédent, alors je vais faire une brève introduction et sauter la section qui énonce le fait que la population est une structure vieillissante, en partie en raison du faible taux de natalité, qui engendre une croissance lente et faible de la main-d'œuvre.

Le Canada a toujours été une terre d'accueil pour les immigrants, et le pays compte aujourd'hui sur eux pour assurer la croissance de la population. Sans l'immigration, le taux d'accroissement de la population serait nul, et c'est l'accroissement de la population qui donne lieu à la croissance de la main-d'œuvre et de la productivité.

L'une des questions que je vais aborder, c'est celle des régimes de pensions publics. Au Canada, ils sont fondés sur une formule de cotisation à répartition. Le rapport important ici, c'est celui du nombre de personnes admissibles aux prestations divisé par le nombre de travailleurs qui paient des impôts et financent ainsi les régimes. Le succès dépend de la productivité économique, de la croissance de la main-d'œuvre et, dans notre situation, il dépend également de l'importance de l'immigration et du rendement des immigrants. Les pressions qui s'exercent sur les régimes de pensions publics varient en fonction du rapport entre le nombre de personnes admissibles aux prestations et le nombre de travailleurs. Cela signifie qu'il y a des pressions pour le maintien du niveau des prestations et des cotisations, ainsi que pour offrir aux travailleurs différentes options de retraite et le choix du moment de leur retraite.

Comme le RPC est axé sur l'historique de travail et la rémunération cumulative des cotisants, le programme s'applique également à tous les travailleurs. En gros, le problème auquel sont confrontés les immigrants est le suivant : est-ce que le salaire des immigrants converge rapidement vers celui de leurs concitoyens canadiens et atteint le même niveau? Le cas échéant, les perspectives de retraite des immigrants sont semblables à celles des autres Canadiens. Cela ne signifie donc pas qu'il n'y a pas de problème, mais bien qu'il est à peu près le même pour tous.

En ce qui concerne les immigrants, dans leur jargon, les économistes nomment deux aspects de la convergence comme suit : l'effet d'entrée et l'effet d'assimilation.

L'effet d'entrée tient au fait que les immigrants sont désavantagés, sur le plan économique, lorsqu'ils s'installent au Canada, en raison non seulement de la langue ou des compétences, mais également, dans certains cas, parce qu'ils doivent s'adapter au marché du travail et à la façon d'effectuer une recherche d'emploi. Parfois, on ne reconnaît pas leurs titres de

what we call social network deficiencies. Many jobs depend on knowing somebody who knows their skills match those of a prospective employer, and that takes time.

In the past, immigrants have been assumed to have good motivation and so forth. Over time, many of these deficiencies are eroded. They are overcome. With superior motivation, often immigrants typically become "more successful" than native-born Canadians with respect to earnings. This myth has been one of the sustaining ones of Canada, perhaps fostered by the success of the 1960s.

I have two charts in my hand-out. It is obligatory for economists to include one or two charts, but I will not refer to them right now.

The recent experience of immigrants is what we should be concerned with. In the last couple of decades, immigrant earnings have not converged as quickly as in the past. Some estimates, including those by Mr. Picot and Mr. Morissette, suggest that the gap has also been growing, that is, the difference in earnings of immigrants as they enter, and the work of Hum and Simpson, my own work, suggests that these immigrants never catch up in their lifetime. This story is different than the sustaining myth that was so popular, looking back at the 1960s.

Past cohorts of immigrants experienced small entry effects, fast assimilation and rapid convergence, even overtaking the native-born economic performance. The present cohorts have large and growing negative effects. They are slow in terms of assimilation, and many immigrants never experience convergence over their working life. We can go into the reasons for that later. Today, for this committee, the question is, will immigrants achieve the earnings pattern similar to comparable native-born workers? If so, their retirement prospects will be the same as native-born Canadians. If not, they will experience lower pensions, lower poverty and lower well-being — the consequences you heard from the previous witnesses. Therefore, I want to address the question of what are the implications of this gap between the foreign born and the native born for pensions. One way to put it as follows: What pot of money at entry would represent the gap faced by an immigrant cohort during a work career of 25 years?

Mr. Picot said that he did not look at lifetime earnings profiles. This is where I believe I make a contribution to this committee. I have calculated the lifetime earning profiles of native born and immigrants. I will not go into the technical econometrics, but obviously, if public pension plans are geared towards lifetime earnings, to find out what they might receive when they retire, they need to decide what their lifetime earnings were. Therefore,

compétence, ce que nous appelons un capital humain, et ils sont également confrontés à des problèmes quant à ce que nous appelons le réseau social. Dans bien des cas, pour que le candidat décroche un emploi, il faut qu'il connaisse quelqu'un qui sait que ses compétences correspondent aux exigences de l'employeur éventuel, et il faut parfois du temps pour nouer ce genre de lien.

Dans le passé, on voyait les immigrants comme des gens motivés à travailler et ainsi de suite. Avec le temps, une bonne partie des inconvénients disparaissent. Ils sont surmontés. En étant davantage motivés que leurs concitoyens nés au Canada, les immigrants finissent souvent par avoir un meilleur salaire. Ce mythe a été l'un des plus tenaces, au Canada, peut-être en raison de la période faste qu'ont été les années 1960.

Il y a deux figures dans le document que je vous ai remis. Tout bon économiste se doit de présenter un ou deux diagrammes, mais je ne vais pas parler de ces deux figures pour l'instant.

Ce qui devrait nous préoccuper, c'est l'expérience récente des immigrants. Au cours des deux ou trois dernières décennies, les salaires des immigrants n'ont pas convergé aussi rapidement vers ceux de leurs concitoyens que par le passé. D'après certaines estimations, notamment celles de MM. Picot et Morissette, l'écart s'est accru, c'est-à-dire le manque à gagner des immigrants lorsqu'ils entrent sur le marché du travail, et d'après le travail de Hum et Simpson, mon propre travail, les immigrants n'arrivent jamais à rattraper leurs concitoyens. C'est une idée différente du mythe qui s'est répandu après les années 1960.

Les cohortes antérieures ont connu des effets d'entrée limités, une assimilation et une convergence rapides, et ils ont même surpassé leurs concitoyens nés ici au chapitre du rendement économique. Les cohortes actuelles subissent des effets négatifs de plus en plus importants. Ils s'assimilent lentement, et ils sont nombreux à ne jamais voir leur situation converger vers celle de leurs concitoyens nés ici. Nous pourrions reparler des causes de ce phénomène plus tard. Aujourd'hui, la question qui se pose pour les membres du comité, c'est la suivante : les immigrants parviendront-ils à obtenir un salaire approchant celui des travailleurs nés au pays? Si c'est le cas, leurs perspectives de retraite seront les mêmes que celles de ces derniers. Sinon, leurs pensions seront moins élevées, ils seront plus pauvres, et leur niveau de bien-être sera moins élevé — ce sont les conséquences dont vous avez entendu parler les témoins précédents. Je veux donc parler des effets de cet écart entre les gens nés ailleurs et les gens nés au pays au chapitre des pensions. Voici une façon de poser le problème : quelles est la somme correspondant à l'écart devant lequel est placée une cohorte d'immigrants qui va travailler pendant 25 ans?

M. Picot a dit ne pas avoir examiné la question des profils de rémunération cumulative. C'est à cet égard que je pense pouvoir apporter une contribution. J'ai évalué les profils de rémunération cumulative des gens nés ici et des immigrants. Je ne vais pas me lancer dans une analyse technique d'économétrie, mais il est évident que, si les régimes de pensions publics sont axés sur la rémunération cumulative, pour déterminer ce que sera leur revenu

looking at earnings over a short period, or one year or two years will not be helpful.

Simply, I took cohorts or individual immigrants, and taking into account the negative entry effect and the rate of assimilation, calculated their lifetime profile over their working career until they retire. Then I looked at a comparable set of Canadian-born individuals and calculated the same thing. When I say comparable, I mean if an immigrant is male, with post-secondary education and married, I will find the native-born male with a post-secondary education, so forth, because it is not fair to compare, say, an immigrant medical doctor with a native-born carpenter. Therefore, I looked at it that way. Then I took these profiles, and the rest is a bit of economic fiddling, calculated what we call the net present value of this entire lifetime stream. That calculation represents the pot of money that is available for them at pension time. I then calculated the immigrant portion as a fraction of the comparable native-born one, so that we do not need to worry about dollars, inflation and changing numbers.

After all of that, I do not want you to think this calculation is magic hocus-pocus, but a great deal of detailed accounting is needed to come up with a meaningful number. I do not want to give you all the equations and the calculations. I boiled down the calculations to table 1, two discount rates — I chose 5 per cent and 10 per cent — which is basically an interest rate. The other numbers show the immigrants that came between 1976 to 1980, the immigrants that came between 1981 to 1985, and those who came between 1986 and 1990 and so forth, because the economic conditions at the time that the immigrants come to Canada determines how well they fare, and so forth.

The bottom line, and I will not characterize it by large or small, is the following numbers: It is in the 20 per cent to 30 per cent and it has been growing over time, so that is one way to look at it. The gap in earnings, on page 19, is in the order of 20 per cent when the immigrant is around 69, and approximately 10 per cent at age 60, so that tells you the shortfall of relative disadvantage of immigrants to Canadians.

That table does not mean Canadians are not disadvantaged. It simply show the immigrant situation relative to the situation of native-born Canadians. I took age 69 as a benchmark because that is the time in which they must take their pensions. At my university, we do not have mandatory retirement, but mandatorily at age 69, we must reduce our workload. It is a conventional age. It is the new Bismarck age. It is 20 per cent. That is the bottom line.

lorsqu'ils prendront leur retraite, les gens doivent calculer ce qu'ils ont gagné pendant leur vie. Ainsi, il serait inutile d'envisager les gains réalisés sur une courte période ou sur un ou deux ans.

J'ai tout simplement choisi des immigrants ou des cohortes d'immigrants, et, compte tenu de l'effet d'entrée négatif et du taux d'assimilation, j'ai évalué leur profil de rémunération cumulative pour toute leur vie active, jusqu'au moment de la retraite. Ensuite, j'ai pris un échantillon comparable de gens nés ici et j'ai fait les mêmes calculs. Lorsque je dis comparable, je veux dire que si, par exemple, l'immigrant est un homme marié ayant fait des études postsecondaires, je choisis un homme né ici et ayant aussi fait des études postsecondaires, ainsi de suite, parce qu'il ne serait pas juste de comparer, disons, un médecin immigrant avec un charpentier né ici. C'est donc ainsi que j'envisage les choses. Ensuite, j'ai fait des calculs à partir de ces profils, et le reste, ce sont des calculs économiques, qui ont permis d'obtenir ce que nous appelons la valeur actualisée nette de la rémunération cumulative des membres de mon échantillon. Ce calcul permet d'obtenir la somme qui leur est accessible au moment de la retraite. J'ai ensuite calculé le rapport entre cette somme chez les immigrants et la somme correspondante chez les gens nés ici, de façon à obtenir une proportion et que nous n'ayons pas à nous soucier du montant en dollars, de l'inflation et de l'évolution des chiffres.

Après tout ça, je ne veux pas que vous pensiez que ce calcul est un tour de magie, mais il faut passablement de calculs détaillés pour obtenir un chiffre significatif. Je ne veux pas vous parler de toutes les équations et de tous les calculs. Je résume mes calculs dans le tableau 1, en présentant deux taux d'escompte — j'ai choisi 5 et 10 p. 100 —, ce qui revient grosso modo à un taux d'intérêt. Les autres chiffres représentent les immigrants qui sont arrivés entre 1976 et 1980, entre 1981 et 1985, et entre 1986 et 1990, et ainsi de suite, parce que la situation économique au moment où ils arrivent au pays détermine comment ils vont s'en sortir, et toutes ces choses.

Ce qui en ressort — et je ne vais pas qualifier les chiffres en disant qu'ils sont gros ou petits —, c'est un chiffre de l'ordre de 20 ou 30 p. 100, qui augmente avec le temps; voilà donc une façon d'envisager la question. L'écart entre les gains, à la page 19, est de l'ordre de 20 p. 100 chez les immigrants qui ont autour de 69 ans, et d'environ 10 p. 100 lorsqu'ils ont 60 ans, ce qui montre un manque à gagner pour les immigrants, par rapport aux Canadiens.

Les chiffres de ce tableau ne signifient pas que les Canadiens ne sont pas également désavantagés. Ils constituent simplement une indication de la situation des immigrants par rapport à celle des Canadiens nés ici. J'ai choisi l'âge de 69 ans comme point de repère, parce que c'est le moment où les gens doivent commencer à toucher leurs pensions. À l'université où je travaille, il n'y a pas d'âge de retraite obligatoire, mais, à 69 ans, nous devons réduire notre charge de travail. C'est une convention. C'est le nouvel âge de Bismarck. L'écart est de 20 p. 100. C'est le résultat que j'obtiens.

I know I have been cavalier in terms of my subtlety, but the conclusions are, immigrants continue to do worse than Canadians in terms of their entries. This gap in pension income between the foreign-born and native-born men is likely to rise. The last conclusion is for the researchers: Several data sets all over the Census as well as detailed, individual records from taxes as to the Survey of Labour and Income Dynamics, SLID, give similar numbers, so that gives us some confidence that I am not picking these numbers out of the air.

Richard Shillington, Senior Associate, Informetrica Limited: Thank you for this opportunity to speak about income security programs for seniors. I have taken this time to submit an extensive brief on these issues. I want to begin by emphasizing the critical importance of Old Age Security, Guaranteed Income Supplement and the Canada Pension Plan to the income security of Canadians.

I will concentrate on that half of Canadians who retire without an occupational pension plan, many of whom live on low incomes. Whether they are labelled poor depends on which poverty measure is used. I do not think that whether they are labelled poor changes their standard of living or their income.

About half of Canadian families retire with no occupational pension plan. About 25 per cent of Canadians retire with no occupational pension plan or registered retirement savings plan, RRSP. The average amount of money in an RRSP for people who retire without an employer pension plan is between \$30,000 and \$40,000. I will show that they actually are ill-served by having saved that \$30,000 or \$40,000.

For single seniors without a pension — by that I mean, without an occupational pension — their median income in 2002 was \$15,000; 82 per cent of these single seniors without an employer pension plan will have an income below \$20,000. As the discussion below demonstrates, the design of the GIS makes it difficult for these low income seniors to improve on their financial circumstances. I will talk for a minute about the GIS clawback.

Approximately 38 per cent of seniors receive some GIS. The majority of seniors who have retired without an occupational pension plan will be eligible for GIS. GIS benefits are reduced generally by 50 cents for every dollar of income. Income that affects GIS includes RSP withdrawals, investment income and any wages. In addition to reducing GIS benefits, those sources of income are still subject to income tax. Thus, the effective tax rate

Je sais que j'ai présenté de façon très générale des calculs subtils, mais la conclusion, c'est que les immigrants continuent de s'en sortir moins bien que les gens nés ici au chapitre des revenus. L'écart entre les revenus de pensions des gens nés ailleurs et des gens nés ici va probablement s'accroître. La dernière conclusion est pour les chercheurs : plusieurs ensembles de données, pour tout le recensement ainsi que, dans le détail, les fichiers de déclaration d'impôts et l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu ou EDTR, présentent des chiffres semblables, ce qui nous assure dans une certaine mesure que je n'ai pas tiré ces chiffres de nulle part.

Richard Shillington, conseiller délégué principal, Informetrica Limited : Merci de m'avoir invité à parler des programmes de sécurité du revenu pour les personnes âgées. Je profite de l'occasion pour vous présenter un long mémoire sur ces questions. Je veux commencer par mettre l'accent sur l'importance de la Sécurité de la vieillesse, du Supplément de revenu garanti et du Régime de pensions du Canada, pour la sécurité du revenu des Canadiens.

Je vais parler de la moitié des Canadiens qui n'ont pas accès à un régime de retraite professionnel avant de prendre leur retraite, et dont une bonne partie ont un revenu faible. Le fait qu'on décide de dire qu'ils sont pauvres dépend de l'indicateur de la pauvreté qu'on utilise. Je ne pense pas que le fait qu'on dise qu'ils sont pauvres ou non change quoi que ce soit à leur niveau de vie ou à leur revenu.

Environ la moitié des familles canadiennes prennent leur retraite sans prestations d'un régime de pensions d'employeur. Environ le quart des familles canadiennes prennent leur retraite sans prestations d'un régime de pensions d'employeurs ou d'un régime enregistré d'épargne-retraite ou REER. Les économies moyennes au titre des REER pour les ménages qui prennent leur retraite sans prestation d'un régime de retraite professionnel se situent entre 30 000 et 40 000 \$. Je vais montrer que ces économies de 30 000 \$ ou de 40 000 \$ ne leur rendent pas beaucoup de service.

Dans le cas des personnes âgées qui vivent seules et qui n'ont pas de pensions — je veux dire par là pas de prestations dans le cadre d'un régime professionnel — le revenu médian était en 2002 de 15 000 \$; 82 p. 100 d'entre eux ont un revenu inférieur à 20 000 \$. Comme ce qui suit dans mon mémoire le montre, la façon dont le SRG est conçu fait qu'il est difficile pour ces personnes âgées à faible revenu d'améliorer leur situation financière. Je vais parler un peu de la récupération fiscale du SRG.

Environ 38 p. 100 des personnes âgées touchent des prestations du SRG. La majorité des personnes âgées qui prennent leur retraite sans prestations d'un régime professionnel sont admissibles au SRG. Les prestations du SRG sont réduites de 50 cents par dollar de revenu. À ce titre, le revenu comprend les prélèvements dans les REER, les revenus d'investissement et toute rémunération reçue. En plus de réduire les prestations du SRG,

on income for those on GIS is often 50 per cent or 75 per cent when we include the income tax.

To illustrate, imagine a senior on GIS removes \$1,000 from their RRSP. Their GIS cheque will be reduced by \$500 the next year. On top of that reduction, they will pay income tax on the RRSP withdrawal, which could be \$200. Thus, they keep \$300. If they live in social housing, where many low income seniors live, their rent will go up by \$300 because of the RRSP withdrawal. This increase eliminates any benefits to them from their RRSP withdrawal.

On top of this situation, depending on their circumstances, their RRSP withdrawal can have other effects. In many provinces, they will pay more for their prescription drugs because the deductible depends on their income. They will increase their cost of home care in some provinces. In some municipalities, because it depends on the municipality, what they pay for Meals on Wheels will be affected by that RRSP withdrawal.

The GIS recipients in social housing can easily face an effective tax rate of 100 per cent. They are not allowed to keep any of the benefit from any extra wages or from an RRSP withdrawal.

The primary beneficiaries of employment income or RRSP withdrawals is government.

The design of the GIS creates a poverty trap by making it difficult for low-income seniors to improve their circumstances by using savings in an RRSP or taking a part-time job.

I will make some observations about the administration of OAS, GIS and CPP. I was told that the primary focus of this committee was on poverty and seniors, so I have concentrated on these issues.

One simple way to improve the finances of low-income seniors is to ensure entitled benefits are received. It must be recognized that the majority of seniors receive their OAS, GIS and CPP benefits, and the system works well for all but a small percentage. My involvement in these issues started about six years ago when I drew attention to the fact that roughly, at that time, 300,000 seniors were not receiving the GIS they were entitled to. After some publicity, seniors with all sorts of problems with OAS, GIS and CPP contacted me directly with their stories, informing my observations, which I will share with you.

ces sources de revenus sont visées par l'impôt sur le revenu. Par conséquent, le taux d'imposition réel pour les personnes qui reçoivent des prestations du SRG est souvent de 50 ou 75 p. 100, si l'on inclut l'impôt sur le revenu.

À titre d'exemple, si une personne âgée qui touche des prestations du SRG prélève 1 000 \$ dans ses REER, ses prestations du SRG seront réduites de 500 \$ l'année suivante. De plus, elle doit payer l'impôt sur le revenu pour le montant retiré de ses REER, disons 200 \$. Elle n'obtient donc que 300 \$. Si elle vit dans un logement social, ce qui est le cas de beaucoup de personnes âgées à faible revenu, son loyer va augmenter de 300 \$ à cause du montant retiré des REER. Cela supprime tout avantage qu'il y aurait à prélever de l'argent dans son REER.

En outre, selon la situation, le prélèvement dans les REER peut avoir d'autres incidences. Dans bon nombre de provinces, la personne paiera plus cher ses médicaments d'ordonnance parce que la franchise est fonction du revenu. Elle paiera également plus cher les soins obtenus à domicile dans certaines provinces. Par ailleurs, dans certaines municipalités, le coût des services de repas à domicile peut changer en raison de ce prélèvement dans les REER.

Les prestataires du SRG qui vivent dans des logements sociaux peuvent facilement être assujettis à un taux d'imposition réel de 100 p. 100. Ils n'ont pas le droit de profiter d'un avantage quelconque découlant d'un salaire supplémentaire ou d'un prélèvement de REER.

C'est surtout le gouvernement qui profite des revenus d'emploi et des retraits de REER.

La structure du SRG engendre un cercle vicieux de la pauvreté, puisqu'il est très difficile pour les aînés à faible revenu d'améliorer leur situation financière en utilisant leurs économies au titre des REER ou en occupant un emploi à temps partiel.

Je vais faire quelques observations au sujet de l'administration de la SV, du SRG et du RPC. On m'a dit que le comité se penchait sur la pauvreté et les personnes âgées, alors ce sont ces questions que j'ai examinées.

Un moyen simple d'améliorer la situation financière des personnes âgées à faible revenu consiste à s'assurer qu'elles touchent les prestations auxquelles elles ont droit. Il faut admettre que la majorité reçoivent bel et bien leurs prestations de la SV, du SRG et du RPC, et que le système fonctionne bien pour tout le monde sauf une petite proportion des gens. J'ai commencé à m'occuper de ces questions il y a six ans environ lorsque j'ai pris connaissance du fait que, à l'époque, environ 300 000 personnes âgées ne touchaient pas le SRG alors qu'elles y avaient droit. Il y a eu un peu de publicité, et des personnes âgées confrontées à toutes sortes de problèmes relatifs à la SV, au SRG et au RPC ont communiqué directement avec moi pour expliquer leur situation, ce qui a donné forme aux observations dont je vais vous faire part.

I will speak about OAS, GIS and CPP, and will touch on the issues of take-up, retroactivity, interest on retroactive payments and the determination of administrative error.

Thousands of seniors are not receiving benefits they are entitled to: OAS, GIS, CPP retirement, survivors, disabilities and death benefits. Thousands of seniors are missing out on these retirement benefits.

The number of people missing Quebec Pension Plan retirement benefits is virtually zero because plan administrators contact people directly, by phone if necessary, to sign up people they know are eligible for QPP benefits. Often, when seniors miss the GIS benefits they are entitled to, they also miss out on provincial health benefits tied to receiving GIS or nursing home care.

In the province of Newfoundland and Labrador, prescription drug plan coverage is available for GIS recipients but not for seniors who are not GIS recipients. When seniors do not receive the GIS they are entitled to, they do not receive the free prescription drugs they might have otherwise.

The general rule in Ottawa is that when a retroactive benefit is paid — a senior discovers 15 or 20 years later that they have been entitled to these benefits — they were given 11 months of retroactive payments. This situation is true even for CPP, which is funded by the contributions of the citizen.

When retroactive payments are made, interest is not included. Interest is not included even when the retroactive payment is necessary because of an error made by government. Because CPP is contributory, retroactivity provisions should reflect the fiduciary responsibility.

Even if we accept that the department has no obligation to inform citizens of their benefits, that the department has no obligation to inform seniors about their CPP when they are at the wicket applying for Old Age Security, that is a separate issue from entitlement to the benefits funded by their contributions to CPP when they discover they have not been receiving them.

In summary, I have spoken superficially on a number of issues: the GIS clawback, or what I call the poverty trap that creates; the take-up issues for OAS, GIS and CPP; and the duration of retroactive payments and interest on those retroactive payments.

The Chair: Thank you. That information has given us more than a little food for thought. Let me turn now to Women Elders in Action, and apparently we have Jan Westlund in the room as

Je vais parler de la SV, du SRG et du RPC, et je vais aborder brièvement les questions de la participation, des paiements rétroactifs, des intérêts sur les paiements rétroactifs et de la détermination des erreurs administratives.

Des milliers de personnes âgées ne touchent pas les prestations de la SV, le SRG, les prestations de retraite du RPC, les prestations de survivant, d'invalidité et de décès auxquelles elles ont droit. Des milliers de personnes âgées ratent l'occasion de toucher ces prestations de retraite.

Le nombre de personnes qui ne reçoivent pas leurs prestations de retraite du Régime des rentes du Québec est pratiquement nul, puisque les administrateurs de ce régime communiquent directement avec les gens, par téléphone si besoin est, pour les inscrire s'ils savent qu'ils sont admissibles aux prestations de la RRQ. Dans bien des cas, les personnes âgées qui n'obtiennent pas les prestations du SRG auxquelles elles ont droit n'obtiennent pas non plus des prestations provinciales de santé liées à l'admissibilité au SRG ou aux soins infirmiers à domicile.

À Terre-Neuve-et-Labrador, les bénéficiaires du SRG peuvent participer à un régime d'assurance-médicaments, mais pas les personnes âgées qui ne reçoivent pas le SRG. Les gens qui ne touchent pas le SRG alors qu'ils y ont droit ne reçoivent pas non plus les médicaments d'ordonnance auxquels ils auraient eu droit gratuitement.

La règle générale qui est en vigueur à Ottawa, c'est que lorsqu'un paiement rétroactif est effectué — lorsqu'une personne âgée découvre 15 ou 20 ans plus tard qu'elle avait droit à ces prestations —, il s'agit d'un paiement rétroactif de 11 mois. C'est vrai même du RPC, qui est pourtant financé à même les cotisations des citoyens.

Lorsque des paiements rétroactifs sont effectués, les intérêts ne sont pas inclus. Les intérêts ne sont même pas comptés lorsque le paiement rétroactif découle d'une erreur commise par le gouvernement. Comme le RPC est un régime contributif, les dispositions relatives aux paiements rétroactifs devraient tenir compte de la responsabilité du fiduciaire.

Même si nous admettons que le ministère n'a aucune obligation d'informer les citoyens de leur admissibilité à des prestations, même si le ministère n'a aucunement l'obligation d'informer les personnes âgées au sujet du RPC lorsqu'elles sont au guichet et présentent une demande de prestations de la Sécurité de la vieillesse, cela n'a aucune incidence sur leur admissibilité aux prestations financées par leurs cotisations au RPC au moment où elles découvrent qu'elles n'ont pas reçu ces prestations.

Pour résumer, j'ai parlé brièvement d'un certain nombre de choses : la récupération du SRG, ou de son effet, que j'appelle le cercle vicieux de la pauvreté, la participation à la SV, au SRG et au RPC et la portée des paiements rétroactifs et les intérêts sur ces paiements rétroactifs.

La présidente : Merci. L'information que vous nous avez transmise nous donne vraiment matière à réflexion. Permettez-moi maintenant de donner la parole aux

well. She will not speak, so she is not on camera. Welcome, Ms. Westlund.

We will start with Ms. West, the chair of the group.

Alice West, Chair, Women Elders in Action (by videoconference): Thank you very much, Senator Carstairs. We have been talking amongst our group, made up of senior women, about poverty; the reasons why senior women, in particular, have difficulty with housing, transportation and all the things that go along with poverty.

We were compelled to look at senior women with incomes below the low-income cut-off, as so many were in this group. We found, while speaking with these women, that there were many myths out there. One of them is that women are in the workforce now as much as anybody else. However, we find that 58 per cent of the women over 15 and 68 per cent of men were in the work force in 2004. Women have waged work for only 75 per cent of their potential earning years versus 94 per cent for men. Nearly twice as many women as men are involved in caring for children and elderly relatives.

Another myth is that more women today are well educated, which ensures high paying professional jobs. People with post-secondary certificates, diplomas or degrees hold 38 per cent of the low paid, dead-end jobs. Women hold two-thirds of those jobs. A full 40 per cent of jobs held by women are considered to be non-standard, part-time, contract or temporary jobs with few if any benefits.

Third, we find that employed women contribute to Canada Pension Plan so they will have a comfortable retirement income, and this is a bit of a fallacy. The average CPP pension for women in October of 2005 was \$334. This pension is 63 per cent of that received by the average male, which is \$527. Women work fewer hours and often for less money, and as CPP payments are based on earnings, their pensions will be modest.

There is a fallacy that women earn great big salaries these days. It is not so. In the Statistics Canada 2006 report, *Women in Canada: A gender-based statistical report*, on page 133 it says:

In 2003, the average annual pre-tax income of women aged 16 and over from all sources, including employment earnings, government transfer payments, investment income, and other money income is \$24,400. This was just 62 % of the figure for men, who had an average income of \$39,300 that year.

représentants de Women Elders in Action. Il semble que Jan Westlund se trouve également ici. Comme elle ne parlera pas, elle ne sera pas filmée. Bienvenue, madame Westlund.

Nous allons commencer par Mme West, la présidente du groupe.

Alice West, présidente, Women Elders in Action (par vidéoconférence) : Merci beaucoup, sénateur Carstairs. Nous avons beaucoup parlé, au sein de notre groupe, qui est composé de femmes âgées, de la pauvreté, des raisons pour lesquelles les femmes âgées, en particulier, ont des problèmes de logement, de transport et avec toutes les autres choses qui découlent de la pauvreté.

Nous avons été incitées à envisager la situation des femmes âgées dont le revenu est inférieur au seuil de faible revenu, parce que tant de femmes faisaient partie de ce groupe. En discutant avec ces femmes, nous avons découvert qu'il existe beaucoup de mythes à leur égard. L'un d'entre eux, c'est que les femmes travaillent autant que les membres des autres groupes de la population aujourd'hui. Nous avons constaté que 58 p. 100 des femmes de plus de 15 ans et 68 p. 100 des hommes travaillaient en 2004. Les femmes occupent un emploi rémunéré pendant 75 p. 100 seulement de la période au cours de laquelle elles pourraient le faire, contre 94 p. 100 chez les hommes. Les femmes sont presque deux fois plus susceptibles que les hommes de s'occuper des enfants et des membres de leur famille qui vieillissent.

Un autre mythe, c'est que les femmes sont plus instruites aujourd'hui, ce qui leur permet de décrocher des emplois professionnels bien payés. Des gens qui ont des certificats, diplômes ou baccalauréats occupent 38 p. 100 des emplois mal payés et sans débouchés. Les femmes occupent les deux tiers de ces emplois. Pas moins de 40 p. 100 des emplois qu'occupent les femmes sont des emplois qu'on juge atypiques, contractuels, à temps partiel ou temporaires, qui s'assortissent de peu d'avantages sociaux ou d'aucun avantage.

Ensuite, nous entendons dire que les femmes qui travaillent cotisent au Régime de pensions du Canada, qui leur assure un revenu de retraite confortable, et c'est un peu un mensonge. La pension moyenne que les femmes recevaient en octobre 2005 était de 334 \$. Ce chiffre correspond à 63 p. 100 de la pension touchée par les hommes en moyenne, soit 527 \$. Les femmes travaillent moins, et, souvent, gagnent moins, et, comme les prestations du RPC sont fondées sur les gains, leur pension est modeste.

Un autre mensonge, c'est que les femmes gagnent d'excellents salaires aujourd'hui. Ce n'est pas vrai. Voici ce qu'on peut lire à la page 133 du rapport intitulé *Femmes au Canada : rapport statistique fondé sur le sexe*, publié par Statistique Canada en 2006 :

En 2003, le revenu annuel moyen de toutes les sources avant impôt des femmes de 16 ans et plus, incluant le revenu d'emploi, les paiements de transfert du gouvernement, le revenu de placement et les autres revenus monétaires étaient de 24 400 \$. C'est seulement 62 p. 100 du revenu des hommes, qui étaient de 39 300 \$ en moyenne cette année-là.

On the average, for full-time work, women earn only 71 cents for every dollar that men earn. In British Columbia, we find that half the senior women live on incomes below \$15,000 a year. Professional women also lag behind men in earnings. A comparison of salaries for full-time teachers is, female teachers at \$47,500 and male teachers at \$63,300.

Another fallacy is, employed women have a workplace pension to enrich their retirement. In 2001, over 60 per cent of women in the workforce did not have access to workplace pensions. Fewer companies offer pensions in 2006, and we find there is a break now from defined benefit plans into offering defined contribution plans, which creates another great big myth.

Often women are told that their husbands' pensions usually will be more than adequate for their wives if wives do not have one, but the chances are the wife will outlive the husband; and upon death, the last survivor rate is set at 60 per cent. Pension experts suggest that the amount needed for a wife to continue the same standard of living shared by them together is 10 per cent to 15 per cent less.

Often, workplace pensions are not indexed. As the cost of living goes up, this lack of indexing becomes another hardship. It means that a survivor may lose an additional 2 per cent to 3 per cent per year.

Pension splitting and workplace pensions in divorce proceedings are not mandatory. We have to ask for those pensions.

Many people advocate RRSPs, and we find that it is not easy to have an RRSP. Three out of 10 Canadian families have no private pension assets, workplace pensions or RRSPs. They find it difficult to find the cash to make these contributions. In 2005, less than one-third of all people with room in their plans made contributions. In 2005, contributors used up only 7 per cent of their available room.

Another myth is that the government pension at the age of 65 is sufficient. The old-age pension paid to those over the age of 65 was approximately \$492 a month in early 2007. When combined with a GIS given for those with no other income, the amount increases to approximately \$1,113. When a woman's average CPP payment or similar amounts for other income is factored in, total income is approximately \$1,260 per month or \$15,120 per year.

Many immigrants who have not lived in Canada for 40 years between the ages of 18 and 65 are not eligible for the full old-age pension.

Les femmes qui travaillent à temps plein gagnent en moyenne seulement 71 cents par dollar que gagnent les hommes. En Colombie-Britannique, nous avons constaté que la moitié des femmes âgées ont un revenu inférieur à 15 000 \$ par année. Les femmes membres des professions libérales ont également un retard sur les hommes au chapitre des salaires. Prenons par exemple les postes d'enseignement à temps plein : les enseignantes gagnent en moyenne 47 500 \$, alors que leurs collègues du sexe masculin gagnent en moyenne 63 300 \$.

Il y a encore un autre mensonge, et c'est que les femmes qui travaillent participent à un régime de pensions de l'employeur qui leur permet d'augmenter leur revenu de retraite. En 2001, plus de 60 p. 100 des femmes qui travaillaient n'avaient pas accès à une pension de l'employeur. Le nombre d'entreprises qui offraient une pension de l'employeur était moins élevé en 2006, et nous constatons maintenant qu'on délaisse les régimes à prestations déterminées pour adopter des régimes à cotisations déterminées, ce qui est à l'origine d'un autre grand mythe.

On dit souvent aux femmes que les prestations de pension de leur mari vont être plus que suffisantes pour les deux si elles n'en ont pas, mais, la plupart du temps, les femmes vivent plus longtemps que leur mari, et, lorsque leur mari décède, le dernier taux de prestations du survivant est de 60 p. 100. Les spécialistes de la question des pensions affirment que les femmes ont besoin de recevoir les mêmes prestations qu'auparavant moins 10 ou 15 p. 100 pour maintenir le même niveau de vie qu'auparavant.

Dans bien des cas, les prestations dans le cadre d'une pension de l'employeur ne sont pas indexées. Comme le coût de la vie augmente, cela engendre une autre difficulté. À cause de cela, le survivant peut perdre de 2 à 3 p. 100 de plus par année du montant des prestations.

En cas de divorce, le partage des pensions, notamment des pensions de l'employeur, n'est pas obligatoire. Il faut le demander.

Beaucoup de gens proposent les REER comme solution, mais nous constatons qu'il n'est pas facile de cotiser à un REER. Trois familles sur dix n'ont ni pension dans le cadre d'un régime privé, ni pension de leur employeur ni REER. Elles ont donc de la difficulté à trouver l'argent nécessaire pour faire ces cotisations. En 2005, moins du tiers des gens qui pouvaient le faire ont cotisé à l'un ou l'autre de ces régimes. Cette année-là, les cotisants n'ont versé que 7 p. 100 du montant maximal des cotisations.

Un autre mythe, c'est que la pension offerte par le gouvernement aux personnes qui atteignent l'âge de 65 ans est suffisante. La pension de la sécurité de la vieillesse qui est versée aux gens de 65 ans et plus était d'environ 492 \$ par mois au début de 2007. Si on rajoute le SRG versé aux gens qui n'ont pas d'autres ressources de revenu, le montant passe à environ 1 113 \$. En comptant le montant moyen des prestations du RPC que les femmes reçoivent ou les sommes du même ordre provenant d'autres sources, on obtient un revenu total d'environ 1 260 \$ par mois ou 15 120 \$ par année.

Beaucoup d'immigrants qui n'ont pas vécu au Canada pendant au moins 40 ans entre 18 et 65 ans ne sont pas admissibles à la pleine pension de la sécurité de la vieillesse.

I will turn the floor over now to my colleague Elsie Dean, who has remedies for these dire situations.

Elsie Dean, Researcher, Women Elders in Action (by videoconference): Thank you for allowing me and our organization to appear.

You have heard the myths about women and their income from Ms. West, so we have come up with proposals to alleviate some of the poverty we find, especially amongst single women.

One recommendation is to increase the GIS so that the old-age security and GIS is at a level that is at least commensurate with the pre-tax low-income cut-off. We also wish to raise the income ceiling for maximum Canada Pension Plan contributions. We could raise it, we think, from the present \$40,500 to at least \$60,000. This increase would put more money into the CPP fund, which then could be used to modify the plan so it replaces 50 per cent of the income for low-income workers, who are, of course, disproportionately women. The current maximum of 25 per cent of average wage consigns those receiving the least pay to a continuation of extreme poverty, as you have heard.

We oppose privatization of public pensions. There is a lot of talk about privatization of pensions. We know pensions have been privatized in certain countries where they have already failed. It would be catastrophic to ask women and low-income earners to save for their retirement strictly out of their own income.

With respect to the value of volunteer caregiving, the figure that came forth in 1996 was approximately \$5 billion. It has gone up since and will probably go up more. We feel that volunteer caregiving should be recognized, that there could be an extended dropout period in CPP to cover volunteer caregiving for people with disabilities and for providing elder care, which seems to be on the increase.

We can also ensure incomes below the poverty line are not taxed. This measure would help people on low incomes to have more cash in their pockets.

In December 2007, we revised our recommendation regarding converting income tax deductions to credits for RRSPs and RPPs. We feel that financial security for senior women in Canada in 2007 suggests that the dollar limit on RRSP contributions should be reduced and savings in lost tax revenues redirected to improve OAS and GIS benefits for low-income individuals. We endorse that recommendation.

We have questions about income splitting. It will not help single people, and it will not help low-income single women. We

Je vais maintenant céder la parole à ma collègue, Elsie Dean, qui a des solutions à proposer pour sortir les femmes de ces situations difficiles.

Elsie Dean, attachée de recherche, Women Elders in Action (par vidéoconférence) : Merci d'avoir invité notre organisation, et de m'avoir invitée à comparaître.

Vous avez entendu Mme West vous parler des mythes concernant les femmes et leur revenu, et nous avons des propositions de solution visant à réduire la pauvreté dont nous avons constaté l'existence, surtout chez les femmes seules.

L'une de nos recommandations, c'est d'augmenter le SRG, de façon que le total de la pension de la sécurité de la vieillesse et du SRG soit à un niveau correspondant au moins au seuil de faible revenu avant imposition. Nous aimerions aussi voir augmenter le plafond de revenu pour les contributions maximales au Régime de pensions du Canada. Nous pensons qu'il serait possible de le faire passer de 40 500 \$ à au moins 60 000 \$. Cette augmentation accroîtrait le fonds du RPC, et le régime pourrait être modifié de façon à remplacer 50 p. 100 du revenu des travailleurs à faible revenu, qui, bien entendu, sont en grande partie des femmes. Le maximum actuel de 25 p. 100 du salaire moyen fait que les gens les moins bien payés continuent de vivre dans l'extrême pauvreté, comme vous l'avez entendu dire.

Nous sommes contre la privatisation des régimes de pensions publics. On en entend beaucoup parler. Nous savons que les régimes ont été privatisés dans certains pays et que c'est déjà un échec. Il serait désastreux de demander aux femmes et travailleurs à faible revenu de constituer un fonds d'épargne pour leur retraite seulement à partir de leur propre revenu.

En ce qui concerne la valeur des soins offerts par des bénévoles, le chiffre était d'environ cinq milliards de dollars en 1996. Il a augmenté depuis, et il va probablement continuer de le faire. Nous sommes d'avis qu'il faut reconnaître les soins offerts par des bénévoles et que le RPC pourrait prévoir une période d'exclusion prolongée pour les bénévoles qui offrent des soins aux personnes handicapées et aux personnes âgées, puisqu'il semble y avoir une tendance à la hausse dans ce domaine.

Nous pourrions également nous assurer que le revenu inférieur au seuil de la pauvreté n'est pas imposé. Cette mesure ferait en sorte que les gens dont le revenu est faible aient un peu plus d'argent dans leurs poches.

En décembre 2007, nous avons revu nos recommandations concernant la conversion des déductions fiscales en crédits pour RPA et REER. D'après ce que nous avons lu dans le document intitulé *Sécurité financière pour les femmes âgées au Canada en 2007*, il faudrait réduire les cotisations maximales à un REER et réinvestir les recettes fiscales ainsi récupérées pour augmenter les prestations de la SV et du SRG offertes aux gens dont le revenu est faible. Nous appuyons cette recommandation.

Nous avons des questions au sujet du fractionnement du revenu. Cette mesure ne vient pas en aide aux personnes seules, et

believe it needs to be looked at for fairness and what benefits can be given to low-income single people in lieu of income splitting.

We believe that public pensions should be fully indexed. We are concerned that a few years ago, the federal government did not provide full indexing according to the cost of living, and that these monies have never been distributed. We think the federal government should look at the money they saved, and consider how they can use that money to improve the income of low-income people.

Many complementary policies could be adopted that would help supplement low incomes or make the lives of low-income people richer. One of those policies, of course, relates to the fact that housing is such a problem now. We find that people pay 70 per cent, 80 per cent, and in some places 90 per cent of their income on housing. We strongly recommend that the provincial and federal governments return to reinvesting in affordable quality housing.

In Vancouver, a one-bedroom apartment rents for well over \$1,000 a month. One can see that cost makes it impossible for low-income people to rent and have anything left over for food. That point is important. The fact that housing prices go up does not help the person on low income because the price of their accommodation goes up as well. There seems to be a general consensus that people can sell their home, but this view does not fit with the idea of aging in place, which most seniors want.

Those are some of our recommendations. We have many more in the document we sent to you, *Pensions in Canada: Policy Reform Because Women Matter*. We hope that you will look at those recommendations and consider them as well. Thank you.

Senator Mercer: Thank you all for coming here. You have given us a lot to think about. Mr. Shillington, you scared the hell out of us, but I think you also confirmed a lot of things we already knew. Our last group, Women Elders in Action, came armed with about 12 recommendations.

If you all had one recommendation to give us — I see you cringing — give us your top two or three recommendations, if we had to boil it down to those.

Mr. Shillington: That task is tough. Part of this is biased by stories I hear. If I had to make one recommendation — and it is in my brief — it would be for the guaranteed income supplement to ignore the first — I will propose — \$4,000 of income. I should probably say \$5,000 so I can bargain down to \$4,000.

elle n'aidera pas les femmes seules dont le revenu est faible. Nous croyons qu'il faut se pencher sur cette mesure pour déterminer si elle est équitable et déterminer quel avantage on peut offrir aux gens seuls dont le revenu est faible pour remplacer le fractionnement du revenu.

Nous sommes d'avis qu'il faut indexer pleinement les pensions gouvernementales. Nous sommes préoccupées par le fait que, il y a quelques années, le gouvernement fédéral n'a pas pleinement indexé les pensions en fonction du coût de la vie, et que l'argent n'a jamais été distribué. Nous croyons que le gouvernement fédéral devrait évaluer les sommes qu'il a épargnées et envisager des façons d'utiliser cet argent pour accroître le revenu des personnes dont le revenu est faible.

Bon nombre de politiques complémentaires pourraient être adoptées pour accroître le revenu des gens dont le revenu est faible ou leur rendre la vie plus intéressante. L'une de ces politiques, bien sûr, a trait au fait que le logement est devenu un véritable problème aujourd'hui. Nous constatons que les gens consacrent 70, 80 et même, dans certains cas 90 p. 100 de leur revenu au logement. Nous recommandons fortement aux gouvernements provinciaux et fédéral de recommencer à investir dans le logement abordable de qualité.

À Vancouver, le loyer d'un appartement à une chambre à coucher dépasse largement 1 000 \$ par mois. On comprend que les gens dont le revenu est faible n'ont plus d'argent pour se nourrir après avoir payé leur loyer. C'est quelque chose d'important. Le fait que les prix augmentent dans le domaine de l'immobilier n'aide pas les gens dont le revenu est faible, parce que leur loyer augmente aussi. Il semble y avoir consensus sur le fait que les gens peuvent vendre leur maison, mais ce point de vue ne concorde pas avec l'idée de vieillir là où on a vécu, ce qui est le désir de la plupart des personnes âgées.

Voilà quelques-unes de nos recommandations. Il y en a de nombreuses autres dans le document que nous vous avons fait parvenir et qui s'intitule *Pensions in Canada: Policy Reform Because Women Matter*. Nous espérons que vous allez lire ces recommandations et en tenir compte. Merci.

Le sénateur Mercer : Merci à tous d'être venus ici aujourd'hui. Ce que vous avez dit donne vraiment à réfléchir. Monsieur Shillington, vous nous avez effrayés, mais je pense que vous avez également confirmé beaucoup de choses que nous savions déjà. Le dernier groupe, Women Elders in Action, s'est présenté armé de 12 recommandations.

Si vous aviez une seule recommandation à nous faire — je vois que ce que je dis ne vous plaît pas — dites-nous quelles sont vos deux ou trois recommandations les plus importantes, si nous devons résumer.

M. Shillington : La tâche est difficile. Mon opinion est en partie biaisée par les histoires que j'entends. Si j'avais à formuler une seule recommandation — et elle se trouve dans mon mémoire —, ce serait que le calcul du supplément de revenu garanti ne tienne pas compte — je propose un chiffre — de la première tranche de 4 000 \$ de revenu. Je devrais probablement dire 5 000 \$, pour pouvoir avoir 4 000 \$ après marchandage.

The recommendation is that the GIS ignore the first \$4,000 or \$5,000 of income, regardless of source. The reason is because it would put money into the hands of many seniors. Many of them will have some form of income.

More importantly, it will allow them to improve their circumstances. Currently, a portion of seniors on GIS go out and earn money, not knowing that six months later they will lose virtually all of what they have earned.

In my case studies at the back of my paper, there is a story about Frank who did the math and worked out that he lost all his money. If you go to my website, to the section called "Retirement Planning for the 'Rest of Us,'" you will see advice to work out whether you will be on GIS when you retire. Then you will know whether RRSPs are a good idea or the worst possible investment for you because they will be clawed back. I do not want to give that advice to Canadians. I do not want Canadians to ask me whether to get rid of their RRSPs. I want to be able to tell everyone to take the tax advantages of RRSPs, and when they retire they will be treated fairly on withdrawals. We could have a system that says, take out a little every year, \$3,000 or \$4,000 — which for them is probably a lot of money, but when we retire probably not that much money — then they will know that as long as they withdraw only \$3,000 or \$4,000 a year, they can keep it. The same thing applies to their earnings: If they earn \$4,000 or \$5,000 a year, let them keep it.

If I had to choose one recommendation, it would be that one because, first, it would increase the income of seniors. It would also increase their freedom.

Senator Mercer: Our friends in Vancouver had 12 recommendations. You did not indicate their order of priority. If you had to prioritize them, can you tell us which of those recommendations would be a priority: one, two or three of your main priorities?

Ms. Dean: To prioritize is difficult because each recommendation adds only a small amount to the income of low-income people. We would like to see them all looked at seriously.

Having listened to, and having read, the discussions about privatizing pensions, that is one of our big concerns. We realize it would be difficult for low-income people to save. This problem has already been experienced.

Ma recommandation, c'est qu'on ne tienne pas compte de la première tranche de 4 000 \$ ou 5 000 \$ de revenu pour le calcul du SRG, peu importe la source de revenu. La raison pour laquelle je choisis cette recommandation, c'est qu'elle permettrait à beaucoup de personnes âgées d'obtenir de l'argent. Beaucoup de gens touchent un revenu d'une source ou d'une autre.

Ce qui est encore plus important, c'est que l'application de cette recommandation leur permettrait d'améliorer leur situation. En ce moment, il y a une certaine proportion de personnes âgées qui touchent le SRG et qui trouvent une façon de gagner de l'argent, sans savoir que, six mois plus tard, elles vont perdre pratiquement tout ce qu'elles ont gagné.

Parmi les études de cas que je présente à la fin de mon mémoire, il y a l'histoire de Frank, qui a fait le calcul et qui a déterminé qu'il avait perdu tout son argent. Si vous visitez mon site web, vous trouverez dans la section intitulée « Retirement Planning for the « Rest of Us » », des conseils quant à la façon de déterminer si vous toucherez le SRG lorsque vous prendrez votre retraite. Vous pouvez ainsi vérifier si c'est une bonne idée de cotiser à un REER ou encore si c'est le pire investissement possible dans votre cas parce que le tout va être récupéré. Je ne veux pas donner ce conseil aux Canadiens. Je ne veux pas que les Canadiens me demandent s'ils doivent se débarrasser de leurs REER. J'aimerais dire à tout le monde de profiter de l'avantage fiscal qu'offrent les REER, et j'aimerais leur dire qu'ils seront traités équitablement lorsqu'ils prendront leur retraite et retireront de l'argent de leurs REER. Nous pourrions adopter un système qui permettrait aux gens de retirer un peu d'argent chaque année, disons 3 000 ou 4 000 \$ — ce qui est probablement beaucoup d'argent pour eux, mais qui ne sera probablement pas beaucoup d'argent pour nous lorsque nous prendrons notre retraite —, pour que les gens sachent que, tant qu'ils ne retirent que 3 000 ou 4 000 \$ par année, ils peuvent garder leur argent. La même chose s'appliquerait à la rémunération : si les gens gagnent 4 000 ou 5 000 \$ par année, qu'ils gardent cet argent.

Si j'avais à choisir une recommandation, ce serait celle-là, d'abord et avant tout parce qu'elle ferait augmenter le revenu des personnes âgées. Elle leur permettrait également d'avoir plus de liberté.

Le sénateur Mercer : Nos amis de Vancouver ont formulé 12 recommandations. Vous ne les avez pas classées par ordre de priorité. Si vous aviez à le faire, pouvez-vous nous dire lesquelles seraient prioritaires; pouvez-vous nous indiquer une, deux ou trois priorités?

Mme Dean : C'est difficile, parce que chacune des recommandations, si elle était appliquée, ne ferait augmenter qu'un peu le revenu des gens dont le revenu est faible. Nous aimerions qu'elles soient toutes envisagées avec sérieux.

Pour avoir écouté les débats et pour avoir lu au sujet de la privatisation des régimes de pensions, je dois dire que c'est l'une de nos préoccupations importantes. Nous savons que si cela devait se produire, il serait difficile pour les personnes dont le revenu est faible d'épargner. C'est un problème qui existe déjà.

The other recommendation is increasing the GIS and not taxing any income below the pre-tax low-income cut-off. Those would help.

Senator Mercer: Dr. Hum, do you have a comment on what might be the top couple of priorities?

Mr. Hum: I will add my two cents' worth. I have done a lot of work in this area, although I was not asked to talk about this area today. Members of the committee should know that in a former life I was research director of a guaranteed annual income program. Recasting the language, the GIS is essentially a guaranteed annual income for individuals over 65. It basically says, if your income from all sources is below this amount, we will ensure it comes up to this amount with the GIS. No other age group has this guaranteed annual income.

In that language, and my six to seven years of field experience in operating this program, the issues that Mr. Shillington talked about are what we call tax integration and a punitive tax rate. The minute we gave them a guaranteed annual income, they said they do not want it because it is such a small amount and they lose housing, dental access, vision care and training eligibility. I had to deal with that problem.

Within that context, my priority — and this is a non-radical priority — is to do two things: Concentrate on increasing the GIS. If you have enough money, make it non-taxable. If not, at least — along with the suggestions of Mr. Shillington — raise that exemption.

In both what the elders and Mr. Shillington said — I know Mr. Shillington knows it but he did not emphasize it — all the tax integration problems literally cannot be solved probably by recommendation of this committee because the CPP and the GIS are of federal administration and jurisdiction — including Quebec — but all the other income maintenance and welfare programs such as Pharmacare, dental care and housing, are of provincial jurisdiction.

Unwittingly — I will be charitable — we sometimes have unconscious cross-purposes in which the programs intended to help the same class of beneficiaries work at cross-purposes.

I do not think we can solve federal-provincial relationships today. Therefore, within this context, we must assume the provinces will do what they want with their programs. If they say the cut-off for pharmacy is this point, I do not think the CPP, OAS or the GIS will have much leverage.

I am not being a coward; I am simply saying, let the provinces do that. The problem remains, and that is why I am inclined to live with the fact that the provinces exercise their jurisdiction but the federal government concentrate on increasing the income portion. I would probably see — I am such an optimist — if you

L'autre recommandation, c'est d'accroître le SRG et de ne pas imposer tout revenu inférieur au seuil du faible revenu avant impôt. Cela aiderait.

Le sénateur Mercer : Monsieur Hum, avez-vous quelque chose à dire au sujet des deux ou trois recommandations les plus importantes?

M. Hum : Je vais faire ma petite contribution. J'ai fait beaucoup de travail dans ce domaine, même si ce n'est pas de cela qu'on m'a demandé de parler aujourd'hui. Je dois dire aux membres du comité que, dans une vie antérieure, j'étais directeur du volet recherche d'un programme de revenu annuel garanti. Sous un autre nom, le SRG est essentiellement un revenu annuel garanti pour les personnes de plus de 65 ans. En gros, si votre revenu de toutes sources est inférieur à un montant donné, le SRG a pour effet de le ramener à ce montant. Aucun autre groupe d'âge ne profite d'un revenu annuel garanti.

Dans ce vocabulaire, et d'après mes six ou sept années d'expérience d'exécution de ce programme, ce dont M. Shillington a parlé, c'est d'intégration fiscale et d'un impôt punitif. Dès que nous avons offert aux gens un revenu annuel garanti, ils nous ont répondu qu'ils n'en voulaient pas parce que le montant est petit et que cela cause des pertes au chapitre du logement, de l'accès aux soins dentaires, aux soins de la vue et à la formation. J'ai connu ce problème.

Dans ce contexte, ma priorité — et c'est une priorité qui n'est pas radicale —, c'est de faire deux choses : se concentrer sur la majoration du SRG. Si l'on a suffisamment d'argent, le rendre non imposable. Sinon, du moins — comme le suggère M. Shillington —, majorer le montant de l'exemption.

Dans ce qu'ont dit les représentants des femmes âgées et M. Shillington — je sais que M. Shillington le sait, mais il n'a pas insisté là-dessus — tous les problèmes d'intégration fiscale sont impossibles à régler à l'aide d'une recommandation faite au comité, parce que le RPC et le SRG relèvent du gouvernement fédéral — y compris au Québec —, mais tous les autres programmes de maintien du revenu et du bien-être, comme l'assurance-maladie, les soins dentaires et le logement, relèvent des gouvernements provinciaux.

À notre insu — je vais être généreux —, nous avons souvent des objectifs contradictoires. Les programmes qui visent à aider les mêmes groupes de gens visent des objectifs contradictoires.

Je ne pense pas que nous soyons en mesure de régler le problème des relations fédérales-provinciales aujourd'hui. Ainsi, dans ce contexte, nous devons présumer que les provinces vont faire ce qu'elles entendent faire de leurs programmes. Si elles décident de fixer le seuil pour les médicaments à tel ou tel niveau, je ne pense pas que le RPC, la SV ou le SRG vont servir à grand-chose.

Je ne fais pas l'autruche; tout ce que je dis, c'est qu'il faut laisser les provinces s'en occuper. Le problème continue d'exister, et c'est la raison pour laquelle je suis prêt à vivre avec le fait que les provinces exercent leur pouvoir pendant que le gouvernement fédéral se concentre sur l'augmentation du revenu. J'envisagerais

could obtain a provincial coordination or a code of conduct to exempt the GIS, in the same way that pension payments for individuals are guarded safe against litigation and so forth.

That is quite a bit to chew for me today, and I am a small thinker. There are complications in terms of program integration, but the punitive tax rate of 100 per cent remains. It is better in some provinces now. With respect to those on social assistance, many provinces have moved to not disqualify individuals for these programs because they receive social assistance. I cannot see why it is not a small step to do the same thing for receipt of GIS.

Senator Mercer: Dr. Hum, in relation to immigrant participation, while there seems to be agreement that immigrants will not fare as well in retirement as native-born Canadians, have you conducted any analysis of their children?

Mr. Hum: Yes, I have. That is a different story.

Senator Mercer: Is it a better story?

Mr. Hum: It is another story. I will preface my comments by saying, I hope that what I said about immigrants not catching up will not be interpreted as a totally unhappy story. I do not put that spin on it.

I recently published work extending into the second generation, because my concern was more for the second generation. In many ways, I do not interpret all my findings about the inadequacy of catch-up of the first generation as all bad because many immigrants did not come with that expectation or role. They came, in many ways, as a sacrifice to give a better opportunity to their children. If we fail at the second generation, then I think society should be held to account. I am less hawkish about the first generation.

What is the story? Every economist has good news and bad news. The story generally is that the second generation fares better than their parents, or the first generation. An optimist with a long-term view would say this problem cures itself in the next generation. On the other hand, it makes a difference when we look at subgroups. It makes a difference whether the second generation is a child of two immigrant parents or a child of one, meaning an immigrant who marries a native-born Canadian. Their life chances in achievement and attainment in income are different. To further complicate the issue, it makes a difference whether the immigrant is a man who marries a female native born, or is a female immigrant who marries a native born, so there are gender differences in terms of achievements.

probablement — je suis tellement optimiste — qu'on obtienne une coordination à l'échelle provinciale ou un code de conduite pour l'exemption du SRG, de la même façon que les pensions versées aux gens sont à l'abri des procédures judiciaires et ainsi de suite.

Ça me fait pas mal de choses à démêler aujourd'hui, moi qui réfléchis lentement. L'intégration des programmes pose problème, mais l'impôt punitif de 100 p. 100 demeure. La situation s'est améliorée dans certaines provinces. En ce qui concerne les prestataires de l'aide sociale, bon nombre de provinces ont décidé de ne pas exclure ces gens des programmes en question parce qu'ils touchent des prestations de l'aide sociale. Je ne vois pas en quoi il serait difficile de faire la même chose pour ce qui est du SRG.

Le sénateur Mercer : Monsieur Hum, en ce qui a trait à la participation des immigrants, si l'on semble d'accord pour dire que les immigrants ne vont pas s'en tirer aussi bien à la retraite que les Canadiens nés ici, avez-vous effectué à une analyse de la situation de leurs enfants?

M. Hum : Oui, nous l'avons fait. Leur situation est différente.

Le sénateur Mercer : Est-elle meilleure?

M. Hum : C'est autre chose. Avant de répondre, je veux dire que j'espère que ce que j'ai dit au sujet du fait que les immigrants ne rattrapent pas leurs concitoyens nés ici ne sera pas interprété comme une histoire tout à fait malheureuse. Ce n'est pas comme ça que j'ai présenté les choses.

J'ai publié récemment une étude qui englobait la deuxième génération, parce que c'est de celle-ci que je me préoccupais davantage. À de nombreux égards, je n'interprète pas toutes mes conclusions au sujet de l'incapacité de la première génération de rattraper les gens nés ici de façon négative, parce que beaucoup d'immigrants n'ont pas cette attente ou ne jouent pas ce rôle. À de nombreux égards, ils s'installent ici et se sacrifient pour que leurs enfants aient de meilleures perspectives d'avenir. Si nous échouons à la seconde génération, alors je pense que la société doit rendre des comptes. Je suis moins radical lorsqu'il s'agit de défendre la première génération.

Quelle est la situation? Chaque économiste a de bonnes et de mauvaises nouvelles à annoncer. Ce qu'on dit généralement, c'est que les membres de la seconde génération s'en tirent mieux que leurs parents, ceux de la première génération. Une personne optimiste qui envisagerait les choses à long terme dirait que le problème se règle de lui-même à la génération suivante. Cependant, le portrait change lorsque nous envisageons les sous-groupes de la population en question. La situation des enfants qui ont deux parents immigrants n'est pas la même que celle des enfants qui en ont un seul, c'est-à-dire qui sont nés du mariage d'un immigrant et d'une personne née ici. Leurs perspectives sont différentes du point de vue de la réussite professionnelle et du revenu. Ce qui complique encore davantage les choses, c'est que les choses sont différentes selon qu'un immigrant se marie avec une femme née ici ou qu'une immigrante se marie avec un homme né ici, ce qui veut dire qu'il y a un écart entre les sexes sur le plan de la réussite professionnelle.

Sweeping all that aside, I will be the economist now. Why does the second generation perform better than the first? It turns out, according to my research, that the pathway to superior performance is through educational attainment. It is not because they are smarter, they are luckier, they win more lotteries or they work more hours. It is through the educational channel. I have calculated how much extra education a second generation male or female gets with one or two immigrant parents, et cetera, and this pathway is the one to better performance. If there is anything to this economic aphorism that more education tends to lead to higher economic earnings and wages, which I believe is the case, then that aphorism explains the success of the second generation.

Senator Keon: Mr. Hum, as Senator Mercer mentioned, the Women Elders in Action ably suggested 12 recommendations to us. I am reminded of the method of payment for health care in America compared to Canada, and about 30 per cent of the money in America is wasted because of multiple payors. We save about 30 per cent up front by having a single payor. It seems to me that all these recommendations are a bureaucrat's dream. Can you imagine how many new buildings we will need at Tunney's Pasture if we implement all these systems? Why can we not simply push as hard as possible for a floor of guaranteed family income and guaranteed individual income, and forget all the other recommendations?

Mr. Hum: I lived through that.

Senator Keon: I know, and that is why I ask you first.

Mr. Hum: You will give me three minutes, right?

At least some of you are as old as I am and remember the constitutional conference of 1972 that floundered because we did not have agreement in resolving social policy and income maintenance, which led to the Marc Lalonde social security review, which led to the guaranteed annual income experiment, and that is where we tried this approach. We said, "Why not, in the jargon, have the big bang, simple solution? We will eliminate Unemployment Insurance, welfare and all these programs, and give everyone a guaranteed annual income, designed to integrate with the tax system. The program will be simple. We will eliminate everyone in Tunney's Pasture. They would keep me as a researcher there, of course, but we will solve all these problems."

It was an idea that was ahead of its time, and it is an idea that, with tweaking, I still support. I will give some personal biography. What looks to be simple in the planning blueprints becomes endlessly elaborate in the actual delivery because the human condition is so varied that we must begin to make adjustments. We made adjustments for the various integrations of the

Je vais mettre tout cela de côté pour envisager les choses du point de vue de l'économiste. Pourquoi la deuxième génération s'en tire-t-elle mieux que la première? D'après les résultats de mes recherches, le rendement dépend du degré de scolarité. Ce n'est donc pas parce que les membres de la seconde génération sont plus brillants ou plus chanceux, parce qu'ils gagnent plus souvent à la loterie ou parce qu'ils travaillent davantage qu'ils s'en tirent mieux. C'est l'éducation qui fait la différence. J'ai fait le calcul du nombre d'années d'études supplémentaires qu'un homme ou une femme de la deuxième génération ayant un ou deux parents immigrants obtient, et cetera, et c'est ce qui mène à un meilleur rendement. Si l'aphorisme économique selon lequel le salaire augmente de pair avec le degré de scolarité est vrai, ce qui est le cas à mon avis, alors on peut le citer pour expliquer le succès de la seconde génération.

Le sénateur Keon : Monsieur Hum, comme le sénateur Mercer l'a mentionné, les représentantes de Women Elders in Action ont avec compétence proposé 12 recommandations. Je pense au mode de paiement pour les soins de santé aux États-Unis, par rapport au Canada, et au fait que 30 p. 100 environ de l'argent dépensé aux États-Unis est gaspillé parce qu'il y a plusieurs payeurs. Nous économisons environ 30 p. 100 au départ en ayant un seul payeur. Il me semble que toutes ces recommandations ressemblent à un rêve de bureaucrate. Pouvez-vous imaginer le nombre de nouveaux édifices dont nous allons avoir besoin au pré Tunney si nous adoptons tous ces systèmes? Pourquoi ne pouvons-nous pas simplement insister le plus possible pour qu'il y ait un revenu familial garanti et un revenu personnel garanti, et oublier toutes les autres recommandations?

M. Hum : Je suis passé par là.

Le sénateur Keon : Je sais, c'est la raison pour laquelle c'est à vous que je pose cette question en premier.

M. Hum : Vous allez m'accorder trois minutes, n'est-ce pas?

Quelques-uns d'entre vous au moins êtes aussi vieux que moi et donc assez vieux pour vous souvenir de la conférence constitutionnelle de 1972, qui a été un échec parce que nous n'avons pas réussi à parvenir à une entente au chapitre des politiques sociales et du maintien du revenu, ce qui a mené à la réforme des programmes sociaux de Marc Lalonde, puis à l'expérience du revenu annuel garanti, et c'est à ce moment-là que nous avons tenté cette approche. Nous avons dit : « Pourquoi pas — dans le jargon — adopter la solution la plus simple, la solution spectaculaire? Nous pourrions supprimer l'assurance-chômage, l'aide sociale et tous ces autres programmes, et garantir à tout le monde un revenu annuel minimum, conçu pour fonctionner avec le régime fiscal. Le programme serait simple. Il n'y aurait plus personne au pré Tunney. On me garderait là-bas comme chercheur, bien sûr, mais nous serions débarrassés de tous ces problèmes. »

C'était une idée en avance sur son temps, et c'est une idée que j'appuie toujours, avec quelques rajustements. Je vais vous donner quelques éléments biographiques sur moi. Ce qui semble simple sur papier devient extrêmement complexe en pratique, parce que la situation des gens varie tellement que nous devons commencer à procéder à des rajustements. Nous avons fait des rajustements

programs. We made adjustments for students and for interns who were specializing in cardiac surgery and will make a lot of money but fell below the floor and received guaranteed annual income payments, until the minister said no. We needed to distinguish between temporary poverty versus long-term poverty. We needed to work out federal-provincial relationships. We needed to work out people who switched back and forth. We needed to work out people who, shall we say, switched marital partners as to how we would divide the assets. "He left me, but he took all the pension assets with him," et cetera.

Senator Stratton: Not today.

Mr. Hum: As I said, this era was different. We needed to work out a range of emergency expenses like funerals and tragedies that are a simple one-floor fits all at all ages of life, all ages of life cycle, in all circumstances. I received a baptism and then started changing my views. With some broad groups, roughly homogeneous, we can make this approach work. For other groups, the complexity of their marital, financial, family and life stage situations requires something less blunt. I am an advocate of a guaranteed annual income, but perhaps not as combative and aggressive an advocate as I was, as Shakespeare said, in my salad days.

Mr. Shillington: In broad strokes, for senior citizens, we have a guaranteed annual income. I suspect that the administrative costs associated with OAS, GIS and Canada Pension Plan are exceptionally small as a proportion of the benefits flowing through them. The huge, I suspect insurmountable, challenge is to design a guaranteed annual income program for younger people where there is a work expectation. We have a guaranteed annual income in place for seniors with Old Age Security. We could debate the relationship between years in Canada and the benefit level. The guaranteed income supplement supplements the incomes of low-income seniors and the Canada Pension Plan. Each can be improved, but the raw material is in place now.

Senator Keon: Why are we agonizing over it today?

Mr. Shillington: There is the benefit level, and, with a little encouragement, I can become cynical, having worked in this town so long. Recall that the vast majority of people who design these policies do not rely on these programs. I assume that no one in this room is at risk of relying on the guaranteed income supplement when they retire, if they are not already retired.

I am struck by how, in the design of a program, the reason the guaranteed income supplement has such a high clawback rate — the only program that has a higher clawback rate is welfare — is a

pour ce qui est des différentes intégrations du programme. Nous avons fait des rajustements concernant les étudiants et les stagiaires spécialisés en chirurgie cardiaque, qui vont gagner beaucoup d'argent mais qui, pendant une certaine période, avaient un revenu inférieur au seuil prévu et touchaient des prestations du revenu annuel garanti, jusqu'à ce que le ministre dise non. Nous avons dû établir la distinction entre la pauvreté temporaire et la pauvreté à long terme. Il a fallu définir les relations entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux. Nous avons dû régler le cas des gens dont le revenu oscillait autour du seuil prévu. Nous avons dû régler le cas des gens qui, disons, changeaient de conjoints en fonction de la façon dont nous répartissions les avoirs. « Il m'a quittée, mais il a pris tous les avoirs de retraite », et ainsi de suite.

Le sénateur Stratton : Ce n'est plus comme ça.

M. Hum : Comme je l'ai dit, c'était une époque différente. Nous avons dû définir toutes sortes de dépenses d'urgence, par exemple pour des funérailles et d'autres tragédies, dépenses dont le montant peut être fixé au même niveau pour tous, peu importe l'âge, l'étape de la vie ou la situation. Je me suis fait baptiser, et c'est là que j'ai commencé à changer d'idée. Pour certains grands groupes, qui sont à peu près homogènes, nous pouvons faire fonctionner cette approche. Chez d'autres groupes, la complexité de la situation sur les plans matrimonial, financier, familial et de l'étape de la vie exige quelque chose de plus précis. Je suis en faveur du revenu annuel garanti, mais je ne suis peut-être plus aussi combatif et acharné que je l'étais, comme l'a dit Shakespeare, dans mes années de jeunesse.

M. Shillington : Grosso modo, pour les personnes âgées, il y a un revenu annuel garanti. J'ai l'impression que les coûts liés à l'administration de la SV, du SRG et du Régime de pensions du Canada sont particulièrement faibles par rapport aux avantages qui en découlent. Le défi énorme — je pense qu'il est peut-être insurmontable —, c'est d'élaborer un programme de revenu annuel garanti pour les jeunes qui vont un jour travailler. Il y a un revenu annuel garanti pour les personnes âgées, c'est la Sécurité de la vieillesse. Nous pourrions débattre de la pertinence du lien entre le nombre d'années passées au Canada et le montant des prestations. Le supplément de revenu garanti complète le revenu des personnes âgées dont le revenu est faible et le Régime de pensions du Canada. Chacune de ces mesures peut être améliorée, mais les bases sont déjà jetées.

Le sénateur Keon : Pourquoi nous tuons-nous à les analyser aujourd'hui, dans ce cas?

M. Shillington : Il y a la question du montant des prestations, et, si on m'y pousse un tout petit peu, je peux devenir cynique, parce que ça fait tellement longtemps que je travaille dans cette ville. Il faut se rappeler que la vaste majorité des gens qui élaborent ces politiques n'ont pas besoin des programmes en question. Je présume que personne ici n'est susceptible d'avoir besoin du supplément de revenu garanti au moment de la retraite, pour ceux qui ne l'ont pas encore prise.

Ce qui me frappe, c'est que, par rapport à la façon dont le programme est conçu, la raison pour laquelle le taux de récupération du supplément de revenu garanti est si élevé — le

belief that we must give the benefit only to those who particularly need it, and not to people who do not need it. That is the reason for the design of the guaranteed income supplement. For every dollar we spend on the guaranteed income supplement, we spend \$4 or \$5 supplementing the income at retirement of people who are not poor. We do not use need. The average pension income of people with pension income is \$20,000. For a couple with two pension incomes, it is \$40,000. A significant amount of that money is there because of the tax treatment. I would be run out of town if I argued that we should give the RRSP supplements, and I will call them that, only to people who need them.

It would be absolutely contrary to our instincts to ask: Why are we spending tax dollars to subsidize the incomes of people who have high income? They do not need it. The point is that the tax treatment for pensions and RRSPs is not based on need. It rewards savings.

With that in mind, why do we change our attitude 180 degrees when we look at the supplements that we might give someone whose income is \$12,000? We have no problem at all spending public money to take the retirement income from \$80,000 to \$100,000 for someone who is retired and who has an employer pension plan.

However, when we want to take someone's retirement income from \$14,000 to \$15,000, we say, be careful and make sure they truly need it. I assert that is a fact. That is behind the thinking of why we spend so much money subsidizing retirement income of people who are not low income while worrying about money paid to low-income seniors and to those people who truly need it.

Senator Keon: Can the three women from Women Elders in Action tell me if they are satisfied with the programs in place to take care of them. What are they doing there if they are satisfied the programs are in place to take care of them? Mr. Shillington said the programs are there now: Maybe they are not working, but they are there.

Ms. Dean: The programs, referring to GIS and old-age pension, are not adequate. They do not increase with the cost of living for seniors, and we have some work to do on that.

According to what we are told, people who must live on these amounts find it more and more difficult today as costs increase.

seul autre programme dont le taux de récupération soit plus élevé, c'est l'aide sociale —, c'est que nous croyons devoir accorder des prestations seulement aux gens qui en ont vraiment besoin, et non à ceux qui n'en ont pas besoin. C'est ce qui motive les règles du supplément de revenu garanti. Pour chaque dollar que nous consacrons au supplément de revenu garanti, nous dépensons 4 ou 5 \$ pour accroître le revenu de retraite de gens qui ne sont pas pauvres. Nous n'utilisons pas le critère du besoin. Le revenu de retraite moyen des gens qui touchent une pension est de 20 000 \$. Chez les couples qui touchent deux pensions, il est de 40 000 \$. Une part importante de cet argent vient du traitement fiscal. On me chasserait de la ville si je disais que nous devrions accorder des suppléments liés aux REER — appelons-les comme ça — seulement aux gens qui en ont besoin.

Il ne serait absolument pas naturel de poser la question suivante : pourquoi utiliser l'argent des contribuables pour subventionner le revenu de gens qui ont un revenu élevé? Ils n'ont pas besoin qu'on le fasse. Ce que je veux dire, c'est que le traitement fiscal lié aux pensions et aux REER n'est pas fondé sur les besoins. C'est une façon de récompenser les gens qui économisent.

Cela dit, pourquoi changeons-nous totalement d'attitude lorsque nous envisageons les suppléments que nous accordons par exemple à une personne dont le revenu annuel est de 12 000 \$? Il n'y a aucun problème à nos yeux lorsqu'il s'agit de dépenser les deniers publics pour faire passer le revenu de retraite d'une personne qui participe à un régime de retraite de l'employeur de 80 000 \$ à 100 000 \$.

Lorsqu'il s'agit cependant de faire passer le revenu de retraite d'une personne de 14 000 \$ à 15 000 \$, nous affirmons qu'il faut faire attention et s'assurer que cette personne en a véritablement besoin. J'affirme que cela est un fait, c'est ce qui se cache derrière le raisonnement qui fait que nous dépensons autant d'argent à subventionner le revenu de retraite de gens dont le revenu n'est pas faible en même temps que nous nous préoccupons du fait que nous versons de l'argent à des personnes âgées dont le revenu est faible et à des gens qui en ont vraiment besoin.

Le sénateur Keon : Les trois représentantes de Women Elders in Action peuvent-elles me dire si elles sont satisfaites des programmes qui leur sont offerts? Pourquoi sont-elles là si elles sont sûres qu'il y a des programmes pour elles? M. Shillington a dit que les programmes sont en place; peut-être ne fonctionnent-ils pas, mais ils existent.

Mme Dean : Les programmes, c'est-à-dire le SRG et la pension de la sécurité de la vieillesse, ne sont pas adéquats. Les prestations offertes aux personnes âgées n'augmentent pas en fonction du coût de la vie, et nous devons faire quelque chose à cet égard.

D'après ce qu'on nous a dit, les gens qui doivent compter sur ces prestations arrivent de plus en plus difficilement à joindre les deux bouts aujourd'hui, puisque les coûts qu'ils doivent assumer augmentent.

One of our concerns, and we hear much about it, is raising the pensionable age, which of course would be catastrophic for seniors, especially women who are the main caregivers. Already, they have put in many hours in their life, so we hope there will be no move to raise the pensionable age itself.

The Chair: I want to assure the women that there has not been the slightest bit of interest in this committee for raising the age for collecting a pension.

Before I turn to Senator Stratton, I am not in the habit of congratulating this government, but I think their move to use the tax system as a way of identifying people who should collect the Guaranteed Income Supplement, although it does not cover all people in need because it does not cover those who do not pay taxes, is a strong step forward.

Senator Stratton: You took the words right out of my mouth. In my view, I liked a couple of things that were said very much. One was to allow people who collect pensions to withdraw some of their RRSP without penalty. I think we need to offer incentives to withdraw RRSPs. I think it should be seriously considered. Two of you mentioned that recommendation, which was interesting.

The second suggestion is to increase GIS. I am of the belief that we should not tax people at the poverty level. I have always been appalled at that concept. You would think that, in our society today, we could gradually increase the levels by which people are not taxed. Hopefully, we can move strongly in that direction, because to me, that is the best way to help them. They should not pay tax.

With respect to housing, we went through the housing subsidy or building process in the 1970s. I was a part of that process. We created a huge bureaucracy, in effect, to do administer that program. If we did that today, I would rather see it done through a gain or another method by which, if someone could not afford housing, they received help through the tax system or subsidies rather than building homes to move into. To me, that approach is an error.

I want to hear our witnesses' reactions to those three things: The withdrawal of RRSPs without tax to a certain level; raising over time the level by which lower levels are not taxed; and a different approach to housing than having the government take care of it.

Ms. Dean: With respect to the whole point on housing and what women and low-income people are experiencing in British Columbia, the cost of renting is going way up. The provincial government subsidizes rents, but they only provide a subsidy of up to \$700 a month. Of course, rents are going well beyond \$700.

L'un des sujets qui nous préoccupent, et nous en entendons beaucoup parler, c'est la hausse de l'âge d'admissibilité aux pensions, qui serait évidemment catastrophique pour les personnes âgées, et surtout pour les femmes qui jouent le rôle de soignantes principales d'une autre personne. Elles consacrent beaucoup de leur temps à cette tâche, alors nous espérons qu'on ne va pas hausser l'âge d'admissibilité aux pensions.

La présidente : Je veux assurer aux femmes que le comité ne s'est nullement intéressé à la question de la hausse de l'âge minimal qu'il faut atteindre pour toucher une pension.

Avant de donner la parole au sénateur Stratton, je veux dire que, ce n'est pas dans mes habitudes de féliciter le gouvernement actuel, mais je pense que la mesure qu'il a prise et qui consiste à utiliser le régime fiscal pour déterminer qui devrait toucher le Supplément de revenu garanti est un bon pas en avant, même si la mesure ne permet pas d'aider tous les gens qui sont dans le besoin, puisqu'elle ne vise que les gens qui paient des impôts.

Le sénateur Stratton : Vous m'enlevez les mots de la bouche. Il y a deux ou trois choses parmi celles qui ont été dites que j'ai aimées. L'une de ces idées, c'est de permettre aux gens qui touchent une pension de retirer des REER sans être pénalisés. Je pense que nous devons prendre des mesures pour inciter les gens à retirer leurs REER. C'est quelque chose qu'il faut envisager avec sérieux, à mon avis. Deux d'entre vous avez fait cette recommandation, ce que j'ai trouvé intéressant.

L'autre proposition, c'est d'augmenter le SRG. Pour moi, nous ne devrions pas imposer les gens qui vivent dans la pauvreté. Cette idée m'a toujours consterné. Je pense qu'on pourrait s'attendre à ce que notre société augmente graduellement le seuil sous lequel les gens n'ont pas à payer d'impôt. J'espère que nous pourrions progresser résolument dans cette direction, parce que c'est à mon avis la meilleure façon d'aider les gens qui vivent dans la pauvreté. Ils ne devraient pas payer d'impôts.

En ce qui concerne le logement, nous avons créé des programmes de subventions du logement ou de construction de logements dans les années 1970. J'ai pris part au processus. Nous avons créé une énorme bureaucratie, en réalité, pour administrer ce programme. Si c'était à refaire aujourd'hui, je préférerais que ce soit par l'intermédiaire d'une prime ou d'une autre méthode qui consisterait à accorder de l'aide aux gens qui n'ont pas les moyens de se loger par l'intermédiaire du régime fiscal ou de subventions, plutôt que de construire des maisons pour eux. À mon sens, cette approche n'est pas la bonne.

J'aimerais entendre ce qu'ont à dire les témoins sur ces trois choses : le retrait d'une certaine somme des REER sans imposition, la hausse graduelle du niveau de revenu qui n'est pas imposé et une approche autre, en matière de logement, que de laisser le gouvernement s'en occuper.

Mme Dean : En ce qui concerne toute l'idée du logement et ce que les femmes et les gens dont le revenu est faible vivent en Colombie-Britannique, les loyers augmentent vraiment beaucoup. Le gouvernement provincial subventionne les loyers, et la subvention ne dépasse pas 700 \$ par mois. Évidemment, les loyers dépassent largement 700 \$ par mois.

Therefore, it is difficult to control a market that is volatile now in housing. The buildings are selling before they are built. There is little rental housing, especially in Vancouver. Around the province rents have gone up. We think they should take another look at the GIS and what they feel people in small towns need to live on because we do not feel that amount is adequate anymore. The low-income cut-off is much too low in today's market.

Having governments provide housing would be a great boon because governments can control the rent and ensure that people do not pay more than a third of their income in rent. That rent control would be another subsidy. It was used in the past and it worked. I do not know how they built a bureaucracy, but surely that can be avoided.

Mr. Hum: I will leave the RRSP question to my colleague. I will not talk about it at all because I will become too emotional and long-winded.

With respect to the second question, I will be brief. It is a matter of terminology. Most people are familiar with the positive income tax: anyone who earns income above \$1 million pays tax. Economists, in studying social programs, talk about the benefit reduction rate, which is that for every dollar earned, they lose \$1 of benefit, or 50 per cent, or whatever it is. We use jargon called "benefit reduction rate," but sometimes in our looser moments, we still call it effective tax rate because it is an effective tax.

Even though they may raise the GIS and make it tax exempt, that does not mean it is not subject to my jargon, a tax rate, because the provincial government would penalize the person by reducing their Pharmacare benefits, vision care and housing. From that point of view, as an economist, they are taxed.

I have also completed work on the housing issue. The issue raises one of the fundamental issues of social policy. To help a group, any group, do you do so by giving them money — because we are a market economy — so they can exercise choice in the market by what they want? In other words, if you give me the money, I buy the tie; if you do not like the tie, it does not matter because I like it. Or, do you give me a tie because you think I need a tie? This is called "in kind."

We have a mixed philosophy in Canada. With respect to health care, we give it in kind.

If someone is hit by a car, they do not ask them if they would like to go to a hospital or if they would like the money. They do not have that choice.

Il est donc difficile d'avoir une emprise sur le marché de l'immobilier, qui est volatile en ce moment. Les immeubles sont vendus avant d'être bâtis. On construit peu de logements locatifs, surtout à Vancouver. Partout dans la province, les loyers ont augmenté. Nous sommes d'avis que le gouvernement devrait réévaluer le SRG et ce dont, à son avis, les gens ont besoin pour vivre dans les petites villes, parce que nous pensons que la somme en question n'est pas suffisante. Le seuil du faible revenu est devenu beaucoup trop faible, compte tenu du marché.

Ce serait une très bonne chose que les gouvernements offrent des logements, parce que les gouvernements sont en mesure de déterminer les loyers et s'assurer que les gens ne consacrent pas plus du tiers de leur revenu au loyer. Fixer les loyers serait une autre forme de subvention. Ça a été fait dans le passé, et ça fonctionnait. Je ne sais pas comment on en est arrivé à créer une bureaucratie, mais je suis convaincue que cela peut être évité.

M. Hum : Je vais laisser mon collègue répondre à la question sur les REER. Je ne veux pas aborder la question du tout, parce que je vais m'emporter et parler trop longtemps.

Quant à la deuxième question, je vais y répondre brièvement. C'est une question de terminologie. La plupart des gens connaissent l'impôt positif : quiconque gagne plus d'un million de dollars par année paie cet impôt. Les économistes, lorsqu'ils étudient les programmes sociaux, parlent du taux de réduction des prestations, c'est-à-dire du fait que le bénéficiaire perd 1 \$ de prestation, ou 50 cents, peu importe pour chaque dollar gagné. Nous utilisons le terme de jargon « taux de réduction des prestations », mais lorsque nous n'y réfléchissons pas trop, nous utilisons encore « taux d'imposition réel », parce que c'est ce que c'est.

Même si le gouvernement majore le SRG et cesse de l'imposer, cela ne signifie pas qu'il n'y a pas d'impôt réel, parce que le gouvernement provincial pénaliserait le bénéficiaire en réduisant ses avantages aux chapitres de l'assurance-maladie, des soins de la vue et du logement. De ce point de vue, celui de l'économiste, c'est un impôt.

J'ai également travaillé sur la question du logement. Elle soulève l'une des questions fondamentales du domaine des politiques sociales. Pour aider un groupe, peu importe lequel, on lui donne de l'argent — parce que notre économie est une économie de marché —, ce qui fait que les membres du groupe peuvent exercer leur choix et acheter ce qu'ils veulent sur le marché. En d'autres termes, vous me donnez de l'argent, et, avec cet argent, j'achète une cravate; si vous n'aimez pas la cravate, ça ne fait rien, parce que moi, je l'aime. Vaut-il mieux que vous me donniez une cravate parce que vous pensez que j'en ai besoin? C'est ce qu'on appelle l'aide « en nature ».

Nous pensons des deux façons, au Canada. Pour ce qui est des soins de santé, nous offrons de l'aide en nature.

Lorsqu'une personne se fait frapper par une voiture, on ne lui demande pas si elle veut aller à l'hôpital ou si elle veut de l'argent. On ne lui offre pas ce choix.

Housing, on the other hand, depending on the province, is something in between. Some provinces, like Manitoba, say they will bill them. Other provinces, I will leave them unnamed, say no, they will help them through the tax credit system and the person needing the house will buy it.

One difficulty, and I am not endorsing it, is that some studies show that when governments give the money to individuals in the name of empowerment, if the market does not respond by increasing supply — so that the supply of housing is fixed — this approach raises the level of rents. Economists show that these monies go into the hands of the landlords without increasing a single dwelling unit available for the target population. American studies have shown this impact, which was the motivation for some jurisdictions to say we will not go that route.

I hate to be such a downer, but life is complicated in social policy. There is a fine line in doing what you can. In response to Senator Keon, I am no longer a “big bang, I’ve-got-the-magic-bullet” kind of public policy analyst that I was in my salad days. I am becoming older.

Mr. Shillington: When you said RRSP withdrawals, was it tax-free or free from GIS clawback?

Senator Stratton: To me, clawback is a tax. It is the same thing.

Mr. Shillington: I already said what I think. RRSP withdrawals, up to a dollar limit, should be ignored by GIS. This issue is complicated. I could have come up with 12 recommendations easily on each of the programs, on problems. There is a \$2,000 pension credit. The first \$2,000 of pension income is tax-free. It is still clawed back. The first \$2,000 of withdrawals from a Retirement Income Fund, RIF, are free of income tax for those who are over 65 but not if they are under 65. However, there is no provision like that for RRSPs.

I regularly put on workshops and help people plan for retirement. Few people know that when they turn 65, immediately there is a tax advantage to take money out of a RIF rather than an RRSP. We have designed a road with so many potholes. Why do we not fill the potholes? Why do we not say, at age 65 the first \$2,000 of RRSP withdrawals are tax-free as well? Why would we bring in tax-free for income tax purposes but still claw them back only for the poor? I do not understand the thinking behind that approach.

Pour ce qui est du logement, cependant, en fonction des provinces, c’est quelque chose d’intermédiaire. Dans certaines provinces, par exemple au Manitoba, on refait la facture aux gens. Dans d’autres, que je ne vais pas nommer, on préfère les aider par l’intermédiaire de crédits fiscaux, et c’est la personne qui a besoin d’une maison qui en fait l’acquisition.

Un problème qui se pose — je ne dis pas que je suis d’accord —, c’est que certaines études montrent que, lorsque les gouvernements donnent de l’argent aux gens au nom de l’habilitation, si le marché ne réagit pas par une augmentation de l’offre — ce qui veut dire que l’offre de logements est stable —, cette démarche a pour effet de faire augmenter les loyers. Les économistes ont montré que l’argent revient aux propriétaires sans qu’il ne se construise une seule unité de logement de plus pour la population visée par la mesure. Des études réalisées aux États-Unis l’ont montré, et c’est ce qui fait que certaines administrations ont décidé de ne pas emprunter cette voie.

Je déteste tenir des propos aussi déprimants, mais la vie est compliquée quand on s’occupe de politiques publiques. Il est difficile de déterminer ce qui est possible et ce qui ne l’est pas. Pour répondre au sénateur Keon, je ne suis plus l’analyste des politiques publiques adepte des solutions spectaculaires et des panacées que j’étais dans ma jeunesse. Je vieillis.

M. Shillington : Lorsque vous avez parlé des retraits des REER, s’agissait-il de sommes exemptes d’impôt ou de la récupération fiscale du SRG?

Le sénateur Stratton : À mon sens, la récupération fiscale est un impôt. C’est la même chose.

M. Shillington : J’ai déjà dit ce que je pense. À mon avis, on devrait pouvoir retirer une certaine somme de ses REER sans que cela change quoi que ce soit au SRG. C’est une question complexe. Je pourrais facilement formuler 12 recommandations concernant chacun des programmes en question, les problèmes. Il y a un crédit de 2 000 \$ relativement aux pensions. La première tranche de 2 000 \$ du revenu de pension n’est pas imposable. Elle fait cependant l’objet d’une récupération fiscale. La première tranche de 2 000 \$ des prélèvements dans un fonds de revenu de retraite ou FRR n’est pas imposable pour les gens âgés de 65 ans et plus, mais elle l’est pour les gens qui ont moins de 65 ans. Il n’y a par contre aucune disposition du genre en ce qui concerne les REER.

J’organise régulièrement des ateliers pour aider les gens à planifier leur retraite. Peu de gens savent que, dès qu’ils atteignent l’âge de 65 ans, ils peuvent profiter d’un avantage fiscal s’ils font des prélèvements dans un FRR plutôt que dans un REER. Nous avons bâti une route où il y a vraiment beaucoup de nids-de-poule. Pourquoi ne pas les boucher? Pourquoi ne pas décider que, pour les gens qui ont 65 ans et plus, la première tranche de 2 000 \$ de prélèvements dans les REER ne sera pas imposée non plus? Pourquoi prévoir des exemptions d’impôt aux fins fiscales, mais procéder ensuite à une récupération seulement chez les gens pauvres? Je ne comprends pas le raisonnement que sous-tend cette approche.

On tax credits, I gave a talk a year ago at a riding in Northern Ontario for a friend. He brought in many seniors, and I spoke twice that day. One topic was about increasing OAS and GIS. I agree with the sympathy, but remember these programs are basically a zero sum game. A gentleman or a woman age 30 who is earning \$20,000 a year pays more tax so that a senior with that income pays less tax. That is essentially the argument. The money must come from somewhere. Seniors were arguing for increased OAS and GIS. I agreed with them but asked them to recall that many young people out there were without good incomes. There are 150,000 Canadians aged 55 to 64 on welfare. In Ontario, a single person receives \$6,000 a year.

What are our priorities? We want to increase the financial circumstances of seniors, but that money must come from non-seniors. Many people see their income rise when they turn 65. They are on welfare, disability or some program. Their income will go up when they turn 65, so do we take money from people under 65? It is a balancing act.

The same situation applies to your tax proposal. These issues are complex. We must recognize that we must take money from some people, many of whom are not well off. I wish I had the numbers in front of me. A person starts paying income taxes as a single person under 65 at \$9,000 of income. Do we take money from those people to reduce taxes of other people whose income is higher. There are lots of problems.

OAS and GIS pay the same dollar benefit no matter where people live. They can live in downtown Ottawa, Toronto or Vancouver, but it does not buy the same standard of living. Maybe that is a problem; maybe it is not.

With respect to housing, I do not know enough about it, but many seniors retire with their home, and there is no effective way for them to turn that asset into an income stream. They can put a mortgage on the house or obtain a line of credit with the house as security, or they can have a reverse mortgage. The administrative costs and the interest rates vary dramatically. If there was an efficient way for people to turn home equity into an income stream, that might help some people. About two-thirds of people retire owning their own home.

En ce qui concerne les crédits d'impôt, j'ai fait une conférence l'an dernier dans une circonscription du nord de l'Ontario pour un ami. Il a invité beaucoup de personnes âgées, et j'ai présenté deux exposés ce jour-là. L'un des sujets que j'ai abordés, c'est l'augmentation des prestations de la SV et du SRG. Je suis d'accord pour dire qu'il faut être compatissant, mais n'oubliez pas que ces programmes sont en gros un jeu à somme nulle. Les hommes et les femmes de 30 ans qui gagnent 20 000 \$ par année paient davantage d'impôt pour que les personnes âgées qui ont le même revenu en paient moins. C'est essentiellement ça, le raisonnement. L'argent doit venir de quelque part. Les personnes âgées que j'ai rencontrées demandaient une augmentation des prestations de la SV et du SRG. J'étais d'accord avec elles, mais je leur ai demandé de garder à l'esprit le fait qu'il y a beaucoup de jeunes qui n'ont pas de bons revenus. Il y a 150 000 Canadiens qui ont entre 55 et 64 ans et qui vivent de l'aide sociale. En Ontario, une personne seule qui vit de l'aide sociale reçoit 6 000 \$ par année.

Quelles sont nos priorités? Nous voulons améliorer la situation financière des personnes âgées, mais l'argent dont nous avons besoin pour le faire doit venir des poches des autres. Il y a beaucoup de gens qui voient leur revenu augmenter lorsqu'ils atteignent l'âge de 65 ans. Ce sont des gens qui vivent de l'aide sociale, qui ont des prestations d'invalidité ou des prestations dans le cadre d'un autre programme. Leur revenu augmente lorsqu'ils atteignent l'âge de 65 ans, alors devons-nous prendre l'argent dans les poches des gens qui ont moins de 65 ans? C'est une question d'équilibre.

C'est la même chose pour votre proposition relative à l'impôt. Ce sont des questions complexes. Nous devons comprendre qu'il faut prendre l'argent quelque part, et que c'est souvent dans les poches de gens qui n'en ont pas beaucoup. J'aimerais avoir les chiffres devant moi. Une personne seule de moins de 65 ans paie de l'impôt à partir du moment où elle gagne 9 000 \$ par année. Faut-il prendre l'argent dans les poches de ces gens pour faire diminuer l'impôt des gens dont le revenu est plus élevé? Il y a beaucoup de problèmes.

Les prestations de la SV et de SRG sont les mêmes peu importe le lieu de résidence. Que les bénéficiaires habitent au centre-ville d'Ottawa, de Toronto ou de Vancouver ne change rien, les sommes sont les mêmes, mais elles ne permettent pas de maintenir le même niveau de vie partout. Cela pose peut-être problème, mais peut-être que non.

En ce qui concerne le logement, je ne sais pas suffisamment de choses sur cette question, mais beaucoup de personnes âgées ont une maison au moment de la retraite, et elles n'ont aucun moyen efficace de faire de ce bien une source de revenu. Elles peuvent hypothéquer la maison ou obtenir une marge de crédit en donnant la maison en garantie, ou encore elles peuvent obtenir un prêt hypothécaire inversé. Les frais d'administration et les taux d'intérêt varient beaucoup. S'il y avait un moyen efficace pour les gens de transformer leur capital immobilier en source de revenu, cela pourrait être utile dans certains cas. Environ le tiers des gens qui prennent leur retraite ont une maison.

Some people think that RRSPs are a great alternative for people who do not have a pension plan. It is true that for high-income people who do not have a pension plan, that option is great. Eighty per cent of RRSP assets are owned by people who have a pension plan. The vast majority of RRSP assets do not prevent poverty. They supplement the income of people who would have been all right anyway.

For the people who have a pension plan, RRSPs work great. It supplements their income and we subsidize it with the tax system. For people who do not have a pension plan, they are probably on GIS, and RRSPs are the worst possible way for them to save for retirement.

Senator Stratton: When I say, take people off the tax rolls at the lower level, I mean all people, not only young or old. I am not identifying only seniors, but everyone.

With respect to housing, Manitoba has rent control. We still have it. Guess what, multiple housing is not built because it is controlled, so there is the availability problem. The vacancy rate in Manitoba is extremely low, so as a result, little is available for people to rent.

I do not believe in governments taking that approach because, in my experience, living in Manitoba shows it does not work.

The Chair: I think some Manitobans would disagree on that particular issue.

Senator Cools: I thank both witnesses for coming before us and bringing their particular set of professional skills to the table.

I am interested in the notion that the GIS has created — I think Mr. Shillington used the term — a poverty trap.

Since your specialty is crunching numbers, I wonder if either of you, Dr. Shillington or Dr. Hum, has ever looked at the phenomenon of comparing the cost to the government of clawing back this money and the quantum of money clawed back.

Mr. Shillington, you take the view that \$4,000 should be the number based on the notion that the GIS should be structured like the child tax benefit. You take the position, and you recommend to us, that there should be a value of \$4,000 per year of income that is ignored by the GIS before they start to claw back.

I think of the staff, the paperwork and the endless man-hours to claw back a remarkably small amount of money. Have any of you ever performed that analysis, looking at the number of people? We all know that bureaucracies are huge, and sometimes

Il y a des gens qui pensent que les REER sont une excellente solution de rechange pour les gens qui n'ont pas de régime de pension. C'est vrai que pour les gens qui gagnent beaucoup d'argent et qui n'ont pas accès à un régime de pension, c'est une excellente option. Quatre-vingt pour cent des REER appartiennent à des gens qui ont accès à un régime de pension. La vaste majorité des sommes versées dans des REER ne servent pas à prévenir la pauvreté. Elles servent à compléter le revenu de gens qui s'en tirent déjà bien.

Pour les gens qui ont accès à un régime de pension, les REER sont une très bonne chose. Ils leur permettent d'arrondir leur revenu, et nous subventionnons cela à même le régime fiscal. Pour les gens qui n'ont pas accès à un régime de pension, ils bénéficient pour la plupart du SRG, et les REER sont le pire outil d'épargne pour la retraite qui s'offre à eux.

Le sénateur Stratton : Lorsque je parle de ne pas imposer les gens qui gagnent peu d'argent, je parle de tout le monde, et non seulement des jeunes ou des vieux. Je ne parle pas seulement des personnes âgées; je parle de tout le monde.

En ce qui concerne le logement, au Manitoba, les loyers sont déterminés par la province. C'est encore comme ça. Devinez quoi? On ne construit pas d'édifices à logements multiples à cause de cela, ce qui fait qu'il y a un problème d'accessibilité. Le taux d'inoccupation est extrêmement faible au Manitoba, et, par conséquent, les gens qui cherchent à louer un appartement ont peu de choix.

Je ne crois pas que ce soit une bonne idée pour les gouvernements d'adopter cette approche, parce que, d'après mon expérience au Manitoba, elle ne fonctionne pas.

La présidente : Je crois qu'il y a certains Manitobains qui seraient en désaccord là-dessus.

Le sénateur Cools : Je remercie les deux témoins de s'être joints à nous pour nous faire profiter de leurs compétences professionnelles particulières.

L'idée que le SRG a créé — je pense que c'est M. Shillington qui a utilisé le terme — un cercle vicieux de la pauvreté m'intéresse.

Comme votre spécialité, c'est l'analyse des chiffres, je me demande si l'un d'entre vous, M. Shillington ou M. Hum, a déjà comparé ce qu'il en coûte au gouvernement de récupérer cet argent et la somme d'argent récupérée.

Monsieur Shillington, vous êtes d'avis que le chiffre devrait être de 4 000 \$, d'après l'idée que le SRG devrait être structuré comme la prestation fiscale pour enfants. Vous affirmez, et c'est ce que vous nous recommandez, qu'il devrait y avoir une tranche de 4 000 \$ du revenu annuel qui soit exclue du calcul de la récupération du SRG.

Je pense au personnel, à la paperasse et au nombre d'heures de travail que la récupération d'une somme d'argent remarquablement petite exige. Avez-vous déjà effectué cette analyse, évalué le nombre de personnes? Nous savons tous que

the actual sums of monies recovered are remarkably small. Has anyone performed an analysis that would support such a recommendation?

Mr. Hum: I have completed two related pieces of work but they are not exactly on that program.

During an earlier life when there was such a thing as a family allowance, and before the introduction of what is now called the child tax credit that was based upon family allowance. The child tax credit is essentially means tested whereas the family allowance was automatic. If you trusted Canada Post, all it cost was the price of a stamp to deliver it, against the cost of the bureaucracy of the tax system to calculate this credit. My staff calculated at that time the difference between the two alternatives of delivering the family allowance or the child tax credit, and the ratio was 35 to 1. In other words, it cost \$35 more to deliver it through that system than mailing out the checks — depending on the price of postage. I would suggest, if I had a chance, that we should follow the family allowance approach and give the GIS in the same way.

How much money did the program cost? I did not calculate it for one program. I am an academic, and I do not know who will call me next, so I did it for all social programs in Canada. If we took the amount of money we spent on all social programs, and this is an exercise, and delivered it all through what I call a modified refundable tax credit scheme, which is the current language for GAI, non-pre-means-tested delivery, how much poverty reduction could we achieve by taking that approach? I calculated that number. I do not have the numbers in front of me, but I hasten to add that many of these programs are put in place, and while they have a significant anti-poverty objective, many people claim that objective is not their sole or sometimes primary objective. One has to be reasonably careful here. With the OAS and CPP, I offer a tentative, half-baked answer to Mr. Shillington's puzzle about why government likes these high tax rates because the texture is different when I appear before a series of people in regard to Department of Finance matters. They basically want different things.

In a study I conducted to celebrate the Carter commission — I do not know if any of you remember that. You must be as old I am, Senator Carstairs.

The Chair: I am indeed.

Mr. Hum: There was the recommendation, which is somewhat of a custom rather than a law in finances, that the marginal tax rate should never exceed 50 per cent. The thinking is that it is unseemly that any Canadian should work and take home less than half their pay. It was not written in the constitution, but that was the rule.

les bureaucraties sont énormes, et que, dans certains cas, les sommes d'argent récupérées sont remarquablement petites. Quelqu'un a-t-il effectué une analyse qui appuierait une recommandation du genre?

M. Hum : J'ai fait deux études connexes, mais qui ne portent pas précisément sur ce programme.

Dans une vie antérieure, lorsqu'une chose comme l'allocation familiale existait, et avant l'introduction de ce qu'on appelle maintenant la prestation fiscale pour enfants, c'était fondé sur l'allocation familiale. La prestation fiscale pour enfants est essentiellement calculée en fonction du revenu, tandis que l'allocation familiale était accordée automatiquement. Si vous vous fiez à Postes Canada, tout ce que la prestation de cette allocation coûtait, c'était le prix du timbre, comparativement aux coûts liés au calcul de cette prestation par la bureaucratie du régime fiscal. Mes employés ont calculé à l'époque la différence entre les deux options, l'allocation familiale et la prestation fiscale pour enfants, et le rapport était de 35 pour 1. En d'autres termes, il en coûtait 35 \$ de plus pour accorder l'aide dans le cadre de ce système que de poster les chèques — selon le prix du timbre. Je proposerais, si j'en avais l'occasion, que nous adoptions l'approche de l'allocation familiale pour la prestation du SRG.

Combien le programme en question coûtait-il? Je n'ai pas fait le calcul pour un seul programme. Je suis un chercheur universitaire, et je ne sais pas qui est la prochaine personne qui va m'appeler, alors je l'ai fait pour tous les programmes sociaux au Canada. Si nous prenions tout l'argent que nous consacrons à l'ensemble des programmes sociaux — et c'est un exercice —, et que nous le distribuions en entier par l'intermédiaire de ce que j'appelle un crédit d'impôt remboursable modifié, c'est-à-dire l'expression qu'on utilise actuellement pour parler du RAG, sans évaluer le revenu des bénéficiaires au préalable, à quel point pourrions-nous réduire la pauvreté? J'ai calculé le chiffre. Je n'ai pas les chiffres devant moi, mais je dois dire que bon nombre de ces programmes sont mis en place, et que, s'ils s'assortissent d'un objectif important de lutte contre la pauvreté, beaucoup de gens affirment que cet objectif n'est pas leur seul objectif ou encore leur objectif principal. Il faut être raisonnablement prudent ici. Pour ce qui est de la SV et du RPC, je fais une tentative de réponse improvisée à l'énigme posée par M. Shillington quant à la raison pour laquelle le gouvernement aime bien ces taux d'imposition élevés, parce que la situation est différente lorsque je témoigne devant des gens au sujet de questions relatives au ministère des Finances. En gros, ils ne veulent pas les mêmes choses.

Dans une étude que j'ai menée pour célébrer la commission Carter — je ne sais pas si quelqu'un d'entre vous s'en souvient... Vous devez bien avoir le même âge que moi, sénateur Carstairs.

La présidente : Oui, effectivement.

M. Hum : Il y avait la recommandation, qui est en quelque sorte davantage une coutume qu'une loi en finance, selon laquelle le taux marginal d'imposition ne devrait jamais excéder 50 p. 100. Le raisonnement, c'est qu'il est invraisemblable que quiconque au Canada travaille pour toucher moins de la moitié de son salaire brut. Ce n'est pas enchâssé dans la constitution, mais c'était ça la règle.

I was at pains to try to explain why the government prefers sometimes lower than 50 per cent and sometimes higher. My only explanation is, am I in Tunney's Pasture or in the Department of Finance because when taxing citizens, the government tries to have low tax rates on the grounds that they do not want to distort or discourage saving, entrepreneurship and work effort. When the government gives money to citizens, although they call it a benefit taxation rate, they want to limit the amount of their generosity, and the way to achieve that is to have a high tax-back rate on their other sources of income, which, for privacy reasons they have no idea what they receive.

Depending on whether they are taking or giving, the government stance is asymmetrical. In these programs, I think the one exception is the one before your committee, which is the GIS. The spectra, the phantom, the fear, the boogeyman is gone that these seniors will somehow withdraw from the labour force in great numbers so that Canada's productivity will plunge, so therefore I think we have some manoeuvre room here, but what you might want to recommend would not possibly fly with the rest of the demographic group. That is a partial explanation.

Senator Cools: Would you like to add to that answer, Mr. Shillington? I have heard many confessions from many different government people who often tell me that sometimes the cost to retrieve \$1,000 is maybe \$100,000. It is not often we have people before us who have thought about this issue or might attempt to cost it. I am interested in this cost.

Mr. Shillington: I wish I had a better handle on what the actual administrative costs are for GIS. Bill C-36 will make the application process for GIS much easier. That provision was the one good thing about Bill C-36. There were other negatives, but I do not have the time.

The application process will become easier for GIS, and I suspect that the administrative cost for GIS is low once an income tax system is in place because the income tax system collects the information that determines the benefit. Now it is a couple of lines of code on a computer program. If they were to accept my proposal of excluding, they need only change three or four lines, literally, of computer code to give a different amount.

If the alternative is that we mail the GIS cheque and do not claw back at all, the GIS will cost the same as OAS, where roughly the same amount of money is sent to everyone except high income. OAS is \$25 billion roughly and GIS is \$6 billion. To turn GIS into a universal benefit that is not clawed back from

J'avais beaucoup de difficulté à expliquer pourquoi le gouvernement préfère parfois un taux inférieur à 50 p. 100, et parfois un taux supérieur à 50 p. 100. Ma seule explication, c'est : est-ce que je suis au pré Tunney ou au ministère des Finances, parce que, lorsqu'il s'agit des impôts des citoyens, le gouvernement essaie de les maintenir bas, puisqu'il ne veut pas créer une distorsion ou un facteur dissuasif quant à l'épargne, l'entrepreneuriat et l'effort de travail. Lorsque le gouvernement donne de l'argent aux citoyens, même s'il appelle cela un taux d'imposition des prestations, il veut mettre une limite à sa générosité, et le moyen d'y parvenir, c'est de fixer un taux de récupération fiscal élevé relativement aux autres sources de revenu, pour lesquelles il n'a aucune idée de ce qu'il perçoit, en raison de considérations relatives à la protection des renseignements personnels.

Le point de vue du gouvernement n'est pas le même selon qu'il donne ou qu'il prend. Pour ce qui est des programmes en question, je pense que la seule exception, c'est celle que le comité examine, le SRG. Le spectre, le fantôme, la peur et le bonhomme sept heures sont disparus : on ne pense plus que les personnes âgées vont prendre leur retraite massivement, ce qui va faire chuter la productivité du pays. Je pense donc que nous avons une certaine marge de manœuvre à cet égard, mais ce que vous souhaiterez peut-être recommander ne va peut-être pas passer auprès du reste du groupe démographique. C'est une explication incomplète.

Le sénateur Cools : Aimerez-vous ajouter quelque chose, monsieur Shillington? J'ai entendu les confessions de beaucoup de gens du gouvernement qui m'ont dit qu'il en coûte parfois 100 000 \$ pour récupérer 1 000 \$. Ce n'est pas souvent que nous recevons des gens qui ont réfléchi à la question ou qui peuvent être en mesure de mettre un chiffre là-dessus. Ce chiffre m'intéresse.

M. Shillington : J'aimerais avoir une meilleure idée de ce qu'il en coûte vraiment pour administrer le SRG. Le projet de loi C-36 va rendre le processus de demande de prestations du SRG beaucoup plus simple. La disposition qui va avoir cet effet était la seule bonne chose dans le projet de loi C-36. Il y avait aussi des choses négatives, mais je n'ai pas le temps d'en parler.

Le processus de demande de prestations du SRG va être plus simple, et j'imagine qu'il n'est pas très coûteux d'administrer le SRG une fois le régime fiscal en place, puisque celui-ci permet de recueillir l'information nécessaire pour établir le montant des prestations. Aujourd'hui, il ne s'agit plus que de deux ou trois lignes de code dans un programme informatique. Si l'on devait adopter ma proposition d'exclusion, on n'aurait qu'à modifier trois ou quatre lignes de code, vraiment, pour accorder des prestations d'un montant différent.

Si l'autre solution, c'est d'envoyer un chèque du SRG sans aucune récupération fiscale, alors le SRG va coûter la même chose que la SV, dont le montant est à peu près le même pour tout le monde, sauf pour les gens dont le revenu est élevé. En gros, la SV coûte 25 milliards de dollars, et le SRG, 6 milliards de dollars.

anyone increases the cost by \$20 billion. I am sure it does not cost \$20 billion to administer, if that is the alternative you contemplate.

Senator Cordy: I thank the four of you this afternoon because you have put a lot of work into your presentations and given us some wonderful recommendations.

Mr. Shillington, I have read through some of the stories you have given us today, and I wonder how one legislates common sense. Senator Callbeck has brought forward an inquiry as to the number of people who do not collect Canada Pension, and yet you tell us that in Quebec, the number not receiving QPP is virtually zero. You have given anecdotal evidence here of people speaking to people within the department. You have given information to Senator Callbeck who is asking questions to a departmental person. The department has all the figures in front of them for Canada Pension and OAS, and yet they are not telling people they are eligible. Some stories in your documentation are sad, where people could have used CPP and OAS. What do we do? Do we legislate that a person on the receiving end of the phone call must give out this information? Is that action really necessary?

Mr. Shillington: You are a parliamentarian; I am not. The department reports to you, and only through you to me. Fortunately for them, they do not report to me.

If you read the brief, you know that in answer to a question last month, it was reported that when somebody phones and applies for old age security, they do not tell them about their Canada Pension Plan, and that is their knowing policy to not tell them. When I appeared a couple of months ago, I told a long story about Ernestine, who applied for Canada Pension Plan at age 91, having applied for old age security, and having applied for CPP survivor benefits because her husband died, so the department had several opportunities. She was receiving OAS. They knew she was eligible for CPP. She did not trip over this eligibility until she was 91. They gave her 11 months of retroactive benefits, and that was it. She lost out on \$50,000 before interest, and who knows what after interest.

If I had control of the legislation, I would put in financial incentives. The government pays full retroactive benefits plus interest, if they knew the person was eligible, plus a penalty on the fund. I do not understand the motivation at all.

Transformer le SRG en prestation universelle sans récupération fiscale ferait passer son coût à 20 milliards de dollars. Je suis sûr qu'il en coûte moins pour l'administrer, si c'est la solution que vous envisagez.

Le sénateur Cordy : Je vous remercie tous les quatre d'être ici cet après-midi, parce que vous avez très bien préparé vos exposés et parce que vous nous avez fait part de recommandations extraordinaires.

Monsieur Shillington, j'ai lu certaines des histoires qui se trouvent dans le document que vous nous avez remis aujourd'hui, et je me demande comment on procède pour faire des lois fondées sur le bon sens. Le sénateur Callbeck a parlé d'une enquête sur le nombre de personnes qui ne touchent pas leur pension du RPC, mais vous nous dites que, au Québec, le nombre de personnes admissibles aux prestations de la RRQ et qui ne les touchent pas est pratiquement nul. Vous nous avez raconté que les gens discutent avec d'autres au ministère. Vous avez donné de l'information au sénateur Callbeck qui pose des questions à une personne du ministère. Le ministère a tous les chiffres devant lui en ce qui concerne le Régime de pensions du Canada et la SV, mais il n'informe pas les gens du fait qu'ils sont admissibles à des prestations. Certaines des histoires qui figurent dans votre document sont tristes, ce sont les histoires de gens qui auraient eu besoin du RPC et de la SV. Que faire? Devons-nous faire une loi pour que les gens qui reçoivent les appels soient forcés de diffuser l'information? Est-ce vraiment nécessaire?

M. Shillington : C'est vous qui êtes parlementaire, pas moi. Le ministère vous rend des comptes, et il m'en rend seulement par votre entremise. Les gens du ministère sont chanceux de ne pas avoir à me rendre de comptes à moi.

Si vous avez lu le mémoire, vous savez que, en réponse à une question posée le mois dernier, quelqu'un a expliqué que lorsqu'une personne téléphone pour présenter une demande de pension de la Sécurité de la vieillesse, l'agent ne dit rien au sujet du Régime de pensions du Canada, et c'est la politique convenue de ne rien dire à ce sujet. Lorsque j'ai témoigné il y a deux ou trois mois, j'ai raconté longuement l'histoire d'Ernestine, qui a présenté une demande dans le cadre du Régime de pensions du Canada à 91 ans, une demande de prestations de la Sécurité de la vieillesse et une demande de prestations du survivant du RPC parce que son mari était décédé, ce qui veut dire que le ministère a eu plusieurs occasions de l'informer. Elle a reçu des prestations de la SV. Les agents savaient qu'elle était admissible au RPC. Elle ne s'en est pas aperçue avant d'avoir 91 ans. On lui a accordé 11 mois de paiements rétroactifs, un point c'est tout. Elle a perdu 50 000 \$ sans compter les intérêts, et qui sait combien en comptant les intérêts.

Si je pouvais faire les lois, je prévoirais des mesures d'incitation financières. Le gouvernement devrait payer rétroactivement toutes les prestations plus les intérêts, dans le cas où l'on savait qu'une personne était admissible à ces prestations, plus une pénalité à même le fonds. Je ne comprends pas du tout le motif.

I ran into this with the GIS story. At that time, 300,000 seniors were eligible for GIS, and it was known who they were. The reason given originally for not telling them was that it would violate their privacy.

The Chair: I thank all of you today. You can be assured that some of your concrete and positive recommendations will find themselves in our report, which we hope to table in an interim form sometime later in March and in a final form, hopefully, sometime in September.

The committee adjourned.

J'ai vu la même chose dans l'affaire du SRG. À l'époque, 300 000 personnes âgées étaient admissibles au SRG, et on connaissait leur identité. La raison donnée au départ pour justifier qu'on ne leur a rien dit, c'est que cela allait à l'encontre de la protection des renseignements personnels.

La présidente : Merci à tous de votre participation. Vous pouvez être sûrs que certaines de vos recommandations concrètes et positives vont figurer dans notre rapport, dont nous espérons déposer la version provisoire vers la fin mars et la version finale, vers le mois de septembre.

La séance est levée.

Informetrica Limited:

Richard Shillington, Senior Associate.

Women Elders in Action (by videoconference):

Alice West, Chair;

Elsie Dean, Researcher;

Jan Westlund, Coordinator.

Informetrica Limited:

Richard Shillington, conseiller délégué principal.

Women Elders in Action (par vidéoconférence):

Alice West, présidente;

Elsie Dean, attachée de recherche;

Jan Westlund, coordinatrice.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Monday, February 11, 2008

Statistics Canada:

René Morissette, Assistant Director, Research Business and Labour
Market Analysis Division;

Garnett Picot, Director General, Socio-Economic and Business
Analysis;

Ted Wannell, Assistant Director, Labour and Household Analysis
Division.

As individuals:

John Myles, Canada Research Chair and Professor of Sociology,
University of Toronto;

Derek Hum, Professor of Sociology, University of Manitoba.

Human Resources and Social Development Canada:

Maxime Fougère, Assistant Director, Labour Market Research and
Forecasting.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le lundi 11 février 2008

Statistique Canada:

René Morissette, directeur adjoint à la recherche, Division d'
l'analyse des entreprises et du marché du travail;

Garnett Picot, directeur général, Analyse socio-économique
commercial;

Ted Wannell, directeur adjoint, Division de l'analyse des enquêtes
des ménages et du travail.

À titre personnel:

John Myles, chaire de recherche et professeur de sociologie,
Université de Toronto ;

Derek Hum, professeur de sociologie, Université de Manitoba.

Ressources humaines et Développement social Canada:

Maxime Fougère, directeur adjoint, Préviation et recherche sur
marché du travail.

(Suite à la page précédente)



CA1
YC2
- 2006
A33



Second Session
Thirty-ninth Parliament, 2007-08

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Special
Senate Committee on*

Aging

Chair:

The Honourable SHARON CARSTAIRS, P.C.

Tuesday, April 1, 2008
Monday, April 7, 2008

Issue No. 5

Eighth and ninth meetings on:
Special study on aging

INCLUDING:
THE THIRD REPORT OF THE COMMITTEE
(Interim Report: *Issues and Options
for an Aging population*)

WITNESSES:
(See back cover)

Deuxième session de la
trente-neuvième législature, 2007-2008

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur le*

Vieillessement

Présidente :

L'honorable SHARON CARSTAIRS, C.P.

Le mardi 1^{er} avril 2008
Le lundi 7 avril 2008

Fascicule n° 5

Huitième et neuvième réunions concernant :
L'étude spéciale sur le vieillissement

Y COMPRIS :
LE TROISIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(Rapport intérimaire intitulé *Une population
vieillissante : enjeux et options*)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE SPECIAL SENATE COMMITTEE
ON AGING

The Honourable Sharon Carstairs, P.C., *Chair*
The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

Chaput	Keon
Cordy	* LeBreton, P.C.
Cools	(or Comeau)
* Hervieux-Payette, P.C.	Mercer
(or Tardif)	Stratton

*Ex Officio Members
(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR
LE VIEILLISSEMENT

Présidente : L'honorable Sharon Carstairs, C.P.
Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon
et

Les honorables sénateurs :

Chaput	Keon
Cordy	* LeBreton, C.P.
Cools	(ou Comeau)
* Hervieux-Payette, C.P.	Mercer
(ou Tardif)	Stratton

* Membres d'office
(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Tuesday, April 1, 2008
(9)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 9 a.m., in room 705, Victoria Building, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable senators Carstairs, P.C., Cordy, Keon, Mercer and Stratton (5).

In attendance: Julie Cool, Analyst, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.)

Pursuant to rule 92(2)(f), the committee commenced in camera to consider a draft budget.

At 9:09 a.m., the committee resumed in public.

The Honourable Senator Cordy moved:

That the following special study budget application be approved for submission to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration.

Professional and other services	\$ 112,150
Transportation and Communications	362,360
All other expenditures	<u>49,500</u>
TOTAL	\$ 524,010

The question being put on the motion, it was adopted.

It was agreed that the Honourable Senator Mercer be considered on official business on May 8, 2008, for the purpose of making a presentation before the Seniors Advisory Committee on Long-Term Care.

At 9:11 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Monday, April 7, 2008
(10)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:34 p.m., in room 9, Victoria Building, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cools, Cordy, Keon, Mercer and Stratton (7).

In attendance: Julie Cool and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mardi 1^{er} avril 2008
(9)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 9 heures, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Cordy, Keon, Mercer et Stratton (5).

Aussi présente : Julie Cool, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son examen des implications du vieillissement de la société canadienne. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

Conformément à l'alinéa 92(2)f) du Règlement, le comité se réunit à huis clos pour examiner une ébauche de budget.

À 9 h 9, la séance publique reprend.

L'honorable sénateur Cordy propose :

Que le budget suivant, pour l'étude spéciale, soit approuvé et soumis au Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration :

Services professionnels et autres	112 150 \$
Transports et communications	362 360
Toutes autres dépenses	<u>49 500</u>
TOTAL	524 010 \$

La question, mise aux voix, est adoptée.

Il est convenu de considérer que l'honorable sénateur Mercer remplira un engagement public le 8 mai 2008, lorsqu'il prononcera un discours devant le Seniors Advisory Committee on Long-Term Care.

À 9 h 11, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le lundi 7 avril 2008
(10)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 34, dans la salle 9 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cools, Cordy, Keon, Mercer et Stratton (7).

Aussi présents : Julie Cool et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.*)

WITNESSES:

Université de Montréal:

Dr. François Béland, Full Professor.

Health Council of Canada:

Donald Juzwishin, Chief Executive Officer.

Canadian Hospice Palliative Care Association:

Sharon Baxter, Executive Director.

Canadian Institutes of Health Research:

Anne Martin-Matthews, Scientific Director, Institute of Aging.

As an individual (by videoconference):

Marcus J. Hollander, President, Hollander Analytical Services Ltd.

Alzheimer Society of Canada:

Patricia Wilkinson, Manager, Media and Government Relations;

Betty Brousse, Volunteer.

The chair made a statement.

Mr. Hollander, Ms. Wilkinson, Ms. Brousse, Ms. Baxter, Mr. Juzwishin, Dr. Béland and Ms. Martin-Matthews each made a presentation and answered questions.

It was agreed that staff be permitted to remain in the room for the in camera session.

At 2:47 p.m., the committee suspended.

At 2:49 p.m., pursuant to rule 92(2)(e), the committee proceeded in camera to discuss a draft agenda.

At 3:08 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

Également présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son examen des implications du vieillissement de la société canadienne. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n^o 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Université de Montréal :

Dr François Béland, professeur titulaire.

Conseil canadien de la santé :

Donald Juzwishin, chef de la direction.

Association canadienne des soins palliatifs :

Sharon Baxter, directrice générale.

Instituts de recherche en santé du Canada :

Anne Martin-Matthews, directrice scientifique, Institut du vieillissement.

À titre personnel (par vidéoconférence) :

Marcus J. Hollander, président, Hollander Analytical Services Ltd.

Société Alzheimer du Canada :

Patricia Wilkinson, chef de service, Médias et communications;

Betty Brousse, bénévole.

La présidente fait une déclaration.

M. Hollander, Mmes Wilkinson, Brousse et Baxter ainsi que M. Juzwishin et le Dr Béland, de même que Mme Martin-Matthews, font chacun une déclaration puis répondent aux questions.

Il est convenu d'autoriser le personnel à demeurer dans la salle pendant la séance à huis clos.

À 14 h 47, la séance est interrompue.

À 14 h 49, conformément à l'alinéa 92(2)e du Règlement, le comité poursuit sa séance à huis clos pour examiner une ébauche d'ordre du jour.

À 15 h 8, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Keli Hogan

Clerk of the Committee

REPORT OF THE COMMITTEE

Tuesday, March 11, 2008

The Special Senate Committee on Aging has the honour to table its

THIRD REPORT

Your committee, which was authorized by the Senate on Thursday, November 1, 2007, to examine and report upon the implications of an aging society in Canada, now tables its interim report entitled *Issues and Options for an Aging Society*.

Respectfully submitted,

La présidente,

SHARON CARSTAIRS

Chair

(Text of the report appears following the evidence.)

RAPPORT DU COMITÉ

Le mardi 11 mars 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement a l'honneur de déposer son

TROISIÈME RAPPORT

Votre comité, qui a été autorisé par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007 à examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et à en faire rapport, dépose maintenant son rapport intérimaire intitulé *Une population vieillissante : enjeux et options*.

Respectueusement soumis,

(Le texte du rapport paraît après les témoignages.)

EVIDENCE

OTTAWA, Tuesday, April 1, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 9 a.m. to consider a draft budget.

Senator Sharon Carstairs (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Honourable senators, we will go in camera to discuss our budget.

The committee continued in camera.

The committee resumed in public.

The Chair: May I have someone move the budget as drafted?

Senator Cordy moved that the budget be approved as drafted. All in favour? Agreed.

We need to address a couple of things before we adjourn. First, I will not be here on April 14. I will be chairing human rights meetings in South Africa. I will need Senator Keon to chair.

Second, we have a speaking engagement to meet with the secretariat in Ontario to discuss our options paper. Senator Mercer has agreed to go. I would like it reported as a day in the Senate where he is in attendance to the business of the Senate. Is that agreeable to everyone?

Hon. Senators: Agreed.

The committee adjourned.

OTTAWA, Monday, April 7, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:34 p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Good afternoon and welcome to the Special Senate Committee on Aging. Today's meeting will focus on the options raised in Chapter 4 and Chapter 5 of the committee's Second Interim Report entitled, *Issues and Options for an Aging Population*, which was tabled in the Senate on March 11, 2008. These chapters list options to facilitate healthy aging and aging in the place of choice.

To help us to understand the issues around these topics, we have before us, from the University of Montreal, Dr. François Béland; from the Health Council of Canada, Mr. Donald Juzwishin; from the Canadian Hospice Palliative Care Association, Ms. Sharon Baxter; from the Canadian Institutes of Health Research, Ms. Anne Martin-Matthews; and from

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mardi 1^{er} avril 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 9 heures, pour examiner une ébauche de budget.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Honorables sénateurs, nous allons nous réunir à huis clos pour examiner notre budget.

Le comité poursuit sa réunion à huis clos.

Le comité reprend sa séance publique.

La présidente : Quelqu'un peut-il proposer le budget dans sa forme actuelle?

Le sénateur Cordy propose que le budget soit approuvé tel quel. Sommes-nous tous d'accord? Adopté.

Nous devons discuter d'autres choses avant de terminer. Premièrement, je ne serai pas ici le 14 avril, car je présiderai des rencontres sur les droits de la personne en Afrique du Sud. Le sénateur Keon devra me remplacer.

Deuxièmement, nous devons prononcer un discours devant le secrétariat en Ontario au sujet de l'énoncé des options; c'est le sénateur Mercer qui nous y représentera. J'aimerais que cette rencontre soit considérée comme une journée de travail au Sénat, au cours de laquelle il a participé à des activités au nom du Sénat. Tout le monde est-il d'accord?

Des voix : Oui.

La séance est levée.

OTTAWA, le lundi 7 avril 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 34, pour examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne en vue d'en faire rapport.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Bonjour à tous et bienvenue à cette séance du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Aujourd'hui, nous allons nous concentrer sur les options proposées aux chapitres 4 et 5 du deuxième rapport provisoire du comité intitulé *Une population vieillissante : enjeux et options*, qui a été déposé au Sénat le 11 mars 2008. Dans ces chapitres, on dresse la liste des options permettant de vieillir en santé et dans le milieu de son choix.

Pour nous permettre de comprendre les enjeux entourant ces questions, nous accueillons, de l'Université de Montréal, le Dr François Béland; du Conseil canadien de la santé, M. Donald Juzwishin; de l'Association canadienne des soins palliatifs, Mme Sharon Baxter; des Instituts de recherche en santé du Canada, Mme Anne Martin-Matthews; et de la Société

the Alzheimer Society of Canada, Ms. Patricia Wilkinson and Ms. Betty Brousse. Appearing by videoconference is Mr. Marcus Hollander. Welcome to the Senate of Canada.

Marcus J. Hollander, President, Hollander Analytical Services Ltd., as an individual: Thank you for the opportunity to appear before the Special Senate Committee on Aging to comment on the committee's Second Interim Report. In my view, this is an excellent report. I have a few comments to make that, hopefully, will be of interest to the committee.

The committee might wish to expand recommendation 68 with regard to integrated care in the Social Union Framework to incorporate a broader domain of activities, including social care, respite care and supportive housing/assisted living. These services would generally be included in a comprehensive model of integrated care. Alternatively, these services could be added as bullet points under the current recommendation. It could be helpful as well to add bullet points to indicate clearly that integrated care includes case management, home and community services, and residential care services. The committee might also wish to consider adding the comment that an integrated system, with a full range of services, allows for cost-effective trade-offs between lower-cost home and community care and residential care, while maintaining the same, or better, quality of care. Certainly, I recognize that that point has been made in the report in some other sections.

The task of developing province-wide integrated systems of care might seem daunting; however, it has been done before in Canada. The British Columbia continuing care system in the early 1990s was a well-developed integrated system. Other provinces also had such systems prior to regionalization. In fact, the four western provinces and Prince Edward Island had systems that had many commonalities and were relatively similar. Senator Carstairs might remember that the late Betty Havens was the assistant deputy minister responsible for continuing care in Manitoba in 1992-93. Unfortunately, the success stories of the early 1990s provincial systems seem to have been forgotten and have not been well documented. Thus, I asked a colleague, Paul Pallan, Executive Director, Continuing Care Division of the B.C. Ministry of Health, in the early 1990s, to comment on that system. We are fortunate to have Mr. Pallan working with us at this time. After a distinguished public service career, he retired recently as Children's Commissioner at the deputy minister rank. I am not trying to single out British Columbia because a number of other provinces have excellent systems as well.

The following is an excerpt from a note that Mr. Pallan sent me:

Alzheimer du Canada, Mme Patricia Wilkinson, ainsi que Mme Betty Brousse. M. Marcus Hollander comparaitra également par vidéoconférence. Bienvenue au Sénat du Canada.

Marcus J. Hollander, président, Hollander Analytical Services Ltd., à titre personnel : Je vous remercie de me donner l'occasion de comparaître devant le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement afin de vous présenter mes observations sur votre deuxième rapport provisoire. Selon moi, il s'agit d'un excellent rapport. J'aimerais simplement formuler quelques observations susceptibles de vous intéresser, du moins je l'espère.

Le comité pourrait vouloir élargir la portée de la recommandation 68 en ce qui a trait aux soins intégrés et à l'Entente-cadre sur l'union sociale en prévoyant un domaine d'activités plus vaste qui engloberait les soins sociaux, les soins de relève, le logement supervisé et l'aide à la vie autonome. Ce sont là des services qui seraient généralement inclus dans un modèle complet de soins intégrés. Une autre solution consisterait à ajouter ces services sous forme de points centrés dans la recommandation. Il pourrait aussi être utile d'ajouter des points centrés pour indiquer clairement que les soins intégrés comprennent la gestion de cas, les services à domicile et dans la collectivité et les soins en établissement. Le comité pourrait aussi vouloir envisager l'ajout d'un commentaire indiquant qu'un système intégré qui offre une gamme complète de services permet de réaliser des compromis rentables entre les soins à domicile et dans la collectivité, moins coûteux, et les soins en établissement, tout en garantissant une même, voire une meilleure, qualité de soins. J'admetts toutefois que cette question est traitée dans d'autres parties du rapport.

L'élaboration de systèmes de soins intégrés peut sembler décourageante. Elle a toutefois déjà été faite au Canada. Le système de soins continus de la Colombie-Britannique du début des années 1990 était un système intégré bien développé. D'autres provinces jouissaient également de systèmes semblables avant la régionalisation. En réalité, les quatre provinces de l'Ouest ainsi que l'Île-du-Prince-Édouard avaient des systèmes présentant de nombreux points communs et étant relativement similaires. Le sénateur Carstairs se souviendra que la regrettée Betty Havens était sous-ministre adjointe responsable des soins continus au Manitoba, en 1992-1993. Malheureusement, les histoires de réussite des systèmes provinciaux du début des années 1990 semblent avoir été oubliées et n'ont pas été bien documentées. J'ai donc demandé à un collègue, Paul Pallan, qui était directeur général de la Division des soins continus de la Colombie-Britannique au début des années 1990, de donner son avis sur le système. Nous sommes chanceux que M. Pallan travaille avec nous aujourd'hui. Après une brillante carrière dans la fonction publique, il a pris sa retraite dernièrement comme commissaire aux enfants, occupant un poste de niveau sous-ministre. Je n'essaie pas d'insister sur la Colombie-Britannique parce que je sais que plusieurs autres provinces se sont également dotées d'excellents systèmes.

Voici un extrait de la note que M. Pallan m'a fait parvenir :

I am pleased to confirm that British Columbia's Continuing Care Program of the early 1990s was highly regarded not only in Canada but also in the U.S.A. and internationally. As you will recall, I was the Executive Director of the program in the late 1980s and early 1990s. In this capacity, I was invited by representatives of other jurisdictions to present on the organization and delivery of continuing care services in British Columbia and identify possible lessons that might be applied in these other jurisdictions. I was invited to give such a presentation in the U.S. in Washington, D.C. to a committee that was examining the possibility of developing a more publicly funded system in the United States. I also made similar presentations in Columbus, Ohio and Washington State. At an international level, B.C. was frequently visited by representatives from other countries to learn more about our continuing care system. One of these delegations was from Italy as this country was beginning to realize the impact of the aging population in their country. After listening to our presentations, I was invited to present an overview of the B.C. system on three different occasions in Italy in 1991 and 1992. I believe that while the system was not perfect, it was recognized by leading authorities as being a leader, particularly from the standpoint of assessment, coordination and responding to the unique needs of each client. While, of course, any new system of care needs to consider its own unique culture, history and circumstances, there is no doubt that many lessons may still be drawn from B.C.'s experience with continuing care in the early 1990s.

The main point is that comprehensive, integrated provincial systems of care, whether run directly or through health regions, can be and have been developed previously in Canada. Certainly it is a challenge, but that challenge has been met previously.

It is important to note that when we had such systems, they constituted the third largest component of our health care system in public expenditures. There is little data on this topic and we do not collect it in this manner now.

I have data from the B.C. Ministry of Finance for 1992-93. This was the last year for which British Columbia financial data were presented for continuing care per se. These are budget numbers: continuing care was \$1.05 million which included \$400,000 for chronic care; hospital care was \$2.29 million, excluding the \$400,000 for chronic care; medical services were \$1.5 million; drugs were \$0.33 million; and all other services, including public health and mental health, were \$0.65 million; that totals \$5.83 million.

Je suis heureux de confirmer qu'au début des années 1990, le Programme de soins continus de la Colombie-Britannique jouissait d'une grande considération non seulement au Canada, mais également aux États-Unis et sur la scène internationale. Vous vous rappelez que j'ai été directeur général du programme à la fin des années 1980 et au début des années 1990. À ce titre, j'ai été invité par des représentants d'autres provinces ou États à donner des exposés sur l'organisation et la prestation des services de soins continus en Colombie-Britannique, et sur les leçons qui pourraient en être tirées et qui s'appliqueraient dans ces autres provinces ou États. J'ai notamment présenté un exposé à Washington, aux États-Unis, devant un comité chargé d'examiner l'éventuelle élaboration d'un système davantage financé par les deniers publics dans ce pays. J'ai fait des exposés semblables à Columbus, en Ohio, et dans l'État de Washington. En outre, des représentants d'autres pays ont fréquemment visité la Colombie-Britannique afin d'en apprendre davantage sur notre système de soins continus. L'une des délégations venait d'Italie, ce pays commençant à prendre conscience des incidences du vieillissement de sa population. Après avoir écouté nos exposés, la délégation italienne m'a invité à trois reprises à aller donner un aperçu du système de la Colombie-Britannique en Italie, en 1991 et 1992. Même si le système n'était pas parfait, je crois que les experts ont reconnu qu'il montrait la voie à suivre, notamment sur le plan de l'évaluation, de la coordination et de la capacité de réponse aux besoins particuliers de chaque client. Bien sûr, tout nouveau système de soins doit prendre en compte la culture, l'histoire et les circonstances particulières du milieu, mais il ne fait aucun doute que de nombreuses leçons peuvent être tirées de l'expérience de la Colombie-Britannique en matière de soins de santé continus au début des années 1990.

Le plus important, c'est que des modèles de soins intégrés complets peuvent être mis au point, soit directement, soit par l'intermédiaire de régions sanitaires, comme cela s'est déjà fait au Canada. C'est certes un défi, mais qui a été relevé par le passé.

Il convient également de noter que lorsque nous avions ces systèmes, ils représentaient le troisième élément en importance de notre système de santé en termes de dépenses publiques. Il existe très peu de données à ce sujet; d'ailleurs nous ne les colligeons plus de la même manière maintenant.

En revanche, je dispose des données du ministre des Finances de la Colombie-Britannique pour 1992-1993; c'est d'ailleurs le dernier exercice pour lequel des données financières ont été présentées pour les soins continus en tant que tels. Voici les chiffres : soins continus, 1,05 million de dollars, ce qui comprend 400 000 \$ pour les maladies chroniques; soins hospitaliers : 2,29 millions de dollars, sans compter les 400 000 \$ pour les maladies chroniques; services de santé : 1,5 million de dollars; médicaments : 0,33 million de dollars; et tous les autres services, incluant la santé publique et la santé mentale : 0,65 million de dollars, ce qui représente un total de 5,83 millions de dollars.

Thus, care of the elderly and people with disabilities constitutes a major component of our publicly-funded health care system. The size and scope of care services does not currently appear to be fully recognized or documented and, therefore, integrated care delivery systems for the elderly are deserving of a renewed policy focus at the national level.

Patricia Wilkinson, Manager, Media and Government Relations, Alzheimer Society of Canada: In May 2007, we spoke to you about the devastating effects of dementia on an aging Canadian population. Today, I am pleased to report that many of our concerns and issues regarding dementia and dementia care have been recognized in your latest report. I bring congratulations for the outstanding work you have completed to date on behalf of all aging Canadians.

Your interest in promoting healthy aging is of particular interest to our society. Adopting a healthy diet and exercising are excellent ways to help reduce the risk of developing dementia. For people already living with the disease, maintaining a brain-healthy lifestyle can help slow its progression.

The society is also pleased to support your recommendation for a national, comprehensive, publicly-insured prescription plan. We know that dementia researchers are on the cusp of developing the first disease modifying treatments. However, these medications are only useful to people if they are both accessible and affordable.

Treatment of any kind can only begin once the disease itself has been identified. A combination of stigma as well as a shortage of geriatric and other specialists continues to cause barriers for people seeking a diagnosis. We believe that your recommendation to support capacity-building programs for training in geriatrics, as well as developing tools for the early diagnosis of mental health conditions, would be of great help in alleviating these concerns.

As the disease itself progresses, family caregivers face an extraordinary challenge to provide the often around-the-clock care that is required. In fact, caregiver burnout and exhaustion is the leading cause of admission to facility-based care. While there is currently a mix of programs aimed at supporting family caregivers, your option of introducing a national health care program would allow for consistent and equitable access to services. This would help make home-based care an affordable and viable option for everyone.

I will turn it over to Ms. Brousse, who at 60 years of age, is a family caregiver for her husband who was diagnosed with vascular dementia in 2003.

Ainsi, les soins aux aînés et aux personnes handicapées constituent un volet important de notre système de soins de santé financé par les deniers publics. La taille et la portée des services de santé ne semblent actuellement pas être reconnues ou documentées; c'est pourquoi les systèmes de prestations de soins intégrés destinés aux personnes âgées méritent une orientation stratégique renouvelée à l'échelle nationale.

Patricia Wilkinson, chef de service, Médias et communications, Société Alzheimer du Canada : En mai 2007, nous vous avons parlé des effets dévastateurs de la démence au sein de la population canadienne vieillissante. Aujourd'hui, je me réjouis de voir que nombre des préoccupations et problèmes que nous avons soulevés au sujet de la démence et du traitement de cette maladie sont abordés dans votre dernier rapport. Je tiens donc à vous féliciter pour le merveilleux travail que vous avez accompli jusqu'à présent, au nom de tous les Canadiens âgés.

Votre souci de promouvoir le vieillissement en santé revêt un intérêt particulier pour notre société. Avoir un régime alimentaire sain et faire de l'exercice sont d'excellents moyens de réduire les risques de développer une forme ou une autre de démence. Pour les personnes déjà atteintes de cette maladie, adopter un mode de vie sain pour le cerveau peut contribuer à en ralentir la progression.

La Société Alzheimer est également ravie d'appuyer votre recommandation concernant un plan pour les prescriptions qui soit national, global et financé à même les deniers publics. Nous savons que ceux qui font des recherches sur la démence sont sur le point de développer les premiers traitements qui modifient l'évolution de la maladie. Toutefois, ces traitements n'auront d'utilité que si les gens peuvent y avoir accès et s'ils sont abordables.

On ne peut commencer un traitement que lorsque la maladie a été diagnostiquée. À cause d'une combinaison de problèmes de stigmatisation et d'une pénurie de gériatres, entre autres spécialistes, il est difficile pour les gens d'obtenir un diagnostic. Nous croyons que votre recommandation, consistant à appuyer des programmes de renforcement des capacités pour la formation en gériatrie, ainsi que le développement d'outils facilitant le dépistage précoce des maladies mentales, contribuerait grandement à maîtriser ces problèmes.

Comme c'est une maladie évolutive, les aidants naturels font face à d'énormes difficultés pour dispenser des soins qui sont souvent requis 24 heures sur 24. D'ailleurs, c'est principalement à cause de l'épuisement des soignants que les malades sont admis dans des établissements de soins. Même s'il existe actuellement une variété de programmes destinés à soulager les aidants naturels, votre solution, consistant à mettre en œuvre un programme de soins de santé national, permettrait à ces gens d'avoir un accès continu et équitable aux services. Cela contribuerait à rendre les soins à domicile abordables et viables pour tout le monde.

Je vais maintenant laisser la parole à Mme Brousse, qui a 60 ans et s'occupe de son mari, chez qui on a diagnostiqué une démence vasculaire en 2003.

Betty Brousse, Volunteer, Alzheimer Society of Canada:

I would like to provide a personal glimpse into some of the issues of aging in place of choice. My husband and I are fortunate to have had home care support. We have attended education sessions offered by the Alzheimer Society. We made use of respite care. Fortunately, we have been financially-supported by Veterans Affairs through the Veterans Independence Program, which is a model for seniors to remain in their own homes.

We used home care initially to provide a companion for my husband to allow me to have a free afternoon each week for three hours. That allowed me to leave the home to be by myself or to have a coffee with a friend. These are things I could not do otherwise. Next, we had assistance with bathing and dressing every morning which was too physically demanding for me. Can you imagine having to bathe and dress your spouse? Without home care, I would not have been able to care for my husband at home as long as I did.

For me, the scariest part of my husband's disease was the year we waited for a diagnosis. Once a diagnosis was made, my husband and I were able to take part in a pilot program called First Link offered by the Alzheimer Society, which offered training and education concerning Alzheimer's and related dementias. Understanding the disease allowed us to face the future knowing what was in store for us.

Initially, my husband had insight into his disease and after the education sessions, he understood his prognosis. He then told me he would not want me to look after him when he could no longer care for his own personal needs. You have no idea how many times I have reminded myself of what he said in the past six months since he has been in private care.

It is through education that you come to realize that it is not uncooperative behaviour being exhibited. It is not his fault; it is the disease. It is something you must remember every moment of every day when living and caring with someone with dementia.

As caregivers of loved ones with dementia, husbands suddenly find themselves cooking, cleaning, doing laundry, shopping. Wives find themselves calling plumbers, looking after the finances and doing the driving. Simply, it is overwhelming mentally and physically. Respite allows us to recharge.

One of the most disconcerting issues for those who suffer from dementia is wandering. In this region, at the time my husband was using respite, there were only two public respite facilities that were secure. One of those could not guarantee the services in English that my husband needed. That left one facility where my husband could have respite care and he spent five weeks in respite last year over the course of the year.

Betty Brousse, bénévole, Société Alzheimer du Canada :

J'aimerais vous faire part de mon expérience personnelle à l'égard de quelques-uns des problèmes que connaissent les personnes qui veulent vieillir dans le milieu de leur choix. Mon mari et moi sommes chanceux d'avoir eu de l'aide pour les soins à domicile. Nous avons suivi des séances de formation offertes par la Société Alzheimer. Nous avons bénéficié des soins de relève. Heureusement, nous avons été aidés financièrement par le ministère des Anciens Combattants, grâce au Programme pour l'autonomie des anciens combattants : un modèle pour les personnes âgées souhaitant demeurer chez elles.

Au départ, nous utilisions ce service afin de faire venir quelqu'un pour tenir compagnie à mon mari et ainsi me laisser un répit de trois heures un après-midi par semaine. Cela me permettait de sortir de la maison et d'aller boire un café avec une amie. Je n'aurais pas pu le faire autrement. Ensuite, nous avons eu de l'aide pour faire la toilette à mon mari et l'habiller chaque matin parce que c'était trop difficile, physiquement, pour moi. Pouvez-vous vous imaginer baigner et habiller votre conjoint? Sans aide à domicile, je n'aurais pas pu m'occuper de mon mari à la maison autant que je l'ai fait.

Pour moi, la partie la plus angoissante de la maladie de mon conjoint a été l'année pendant laquelle nous avons attendu le diagnostic. Lorsque celui-ci a été établi, mon mari et moi avons pu participer à un programme-pilote appelé Premier lien, offert par la Société Alzheimer, qui proposait de la formation sur la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence. Une meilleure compréhension de la maladie nous a permis d'affronter l'avenir en sachant ce qui nous attendait.

Au début, mon mari savait de quoi il était atteint, et après les séances de formation, il a compris son pronostic. Il m'a alors dit qu'il ne voulait pas que je m'occupe de lui quand il ne pourrait plus prendre soin de lui-même. Vous ne pouvez pas savoir le nombre de fois où je me suis répété ses paroles durant les six derniers mois, depuis qu'il bénéficie de soins privés.

La formation nous aide à comprendre qu'à cause de la maladie, les personnes peuvent avoir un comportement récalcitrant, mais ce n'est pas de leur faute. C'est une chose que vous devez vous rappeler tous les jours, à chaque instant, quand vous prenez soin d'une personne atteinte de démence.

Lorsqu'ils s'occupent d'un proche qui souffre de démence, les maris doivent soudainement se mettre à cuisiner, à faire le ménage, le lavage et les courses; les épouses doivent faire appel à des plombiers, s'occuper des finances et conduire l'automobile. C'est tout simplement épuisant, physiquement et mentalement. Les services de relève nous permettent de reprendre des forces.

Le plus déconcertant, pour ceux qui souffrent de démence, c'est le risque de s'égarer. Dans cette région, lorsque mon conjoint utilisait les services de relève, il n'y avait que deux établissements publics de relève qui étaient sécuritaires. L'un des deux ne pouvait pas offrir les services en anglais dont mon mari avait besoin. Il n'y avait donc qu'un établissement dans lequel mon mari pouvait recevoir des soins de relève, et il en a bénéficié durant cinq semaines au cours de l'année dernière.

There are no respite guidelines for those who use it in terms of either frequency or cost. In some cases, spouses feel they must care for their loved ones in sickness and in health; however, with guidelines for respite, some of the guilt of putting your loved one in respite may be removed.

Until you become a primary caregiver, you have no idea of the financial impact on your life. All of a sudden, you are faced with additional medical costs, costs for day programs, costs for sitters and adaptations for your home such as railings, bathtub safety bars and additional locks.

As a caregiver for someone with dementia, just continuing to manage your own home becomes overwhelming. Suddenly, there is no time to clean, to look after the yard or garden. You are doing well just to manage laundry, get to the grocery store and put food on the table.

As I mentioned, we receive support from Veterans Affairs that allows me to manage our home without undue financial hardship. The Veterans Independence Program is aimed at allowing seniors to continue to live in their own homes, and it works.

Ms. Wilkinson: The scope of your committee's perspective is impressive, but also causes concern regarding how many of your options are translated into policy and how many will necessarily be abandoned as government focuses on what is achievable. From our perspective, we see immense value in the options that promote healthy and vital aging, those that fight ageism and stigma and the ones that would help seniors and their caregivers obtain equity and access to the supports they need in pursuing healthy aging goals.

Sharon Baxter, Executive Director, Canadian Hospice Palliative Care Association: I am pleased to appear before this committee on behalf of the Canadian Hospice Palliative Care Association and thank the Special Senate Committee on Aging for inviting us back following our appearance last June. I would also like to recognize the ongoing work of Senator Carstairs and Senator Keon for bringing attention to the issues of aging in hospice palliative care in Canada.

Following the direction from the 2000 Senate report entitled *Quality End-of-Life Care: The Right of Every Canadian*, the Quality End-of-Life Care Coalition of Canada has established the following mission: The Quality End-of-Life Coalition of Canada believes that all Canadians have the right to die with dignity, free of pain and surrounded by a loved one in the setting of their choice. It is the "setting of their" choice where the health care system often fails us.

I appreciate the attention given to hospice palliative care in your second interim report. On page 33, you made four specific recommendations that are extremely important to us; they are timely and we support them wholeheartedly.

Il n'y a aucune directive, pour ceux qui utilisent les soins de relève, quant à la fréquence ou au coût des services. Dans certains cas, les conjoints estiment qu'ils doivent s'occuper de leur proche à tout prix; mais s'il y avait des directives, on n'aurait pas ce sentiment de culpabilité ressenti lorsqu'on place un proche dans un service de relève pourrait disparaître.

Tant que vous ne devenez pas le principal dispensateur de soins, vous n'avez aucune idée du fardeau financier à porter. Soudainement, vous devez assumer les frais médicaux additionnels, le coût des programmes de jour, des services de garde et de la modification de la résidence par l'ajout de rampes, de barres de sécurité pour le bain et de serrures supplémentaires.

Lorsque vous vous occupez d'une personne souffrant de démence, cela devient épuisant de simplement continuer à gérer les affaires du ménage. Vous n'avez plus le temps de nettoyer, de vous occuper de la cour ou du jardin. Vous arrivez à peine à faire la lessive et à aller à l'épicerie pour acheter de la nourriture.

Comme je l'ai indiqué, nous recevons de l'aide des Anciens Combattants, ce qui nous permet de vivre sans trop de difficultés financières. Le Programme pour l'autonomie des anciens combattants vise à permettre aux personnes âgées de rester dans leur foyer, et cela fonctionne.

Mme Wilkinson : La portée de votre étude est impressionnante, mais suscite aussi des réserves quant au nombre des solutions qui se traduiront par une politique et celles qui seront probablement abandonnées quand le gouvernement se concentrera sur ce qui est réalisable. Pour notre part, nous privilégions les options qui favorisent le vieillissement en santé, celles qui combattent l'âgeisme et la stigmatisation et qui permettent aux aînés et aux aidants naturels d'être traités équitablement et d'obtenir l'appui nécessaire pour vieillir en santé.

Sharon Baxter, directrice générale, Association canadienne des soins palliatifs : C'est avec grand plaisir que je comparais devant votre comité au nom de l'Association canadienne des soins palliatifs, et je tiens à remercier le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement de nous avoir invités de nouveau après notre présentation de juin dernier. Je tiens également à souligner le travail inlassable des sénateurs Carstairs et Keon pour attirer l'attention sur les questions du vieillissement et des soins palliatifs au Canada.

Suivant l'orientation du rapport publié par le Sénat en 2000 et intitulé *Des soins de fin de vie de qualité : chaque Canadien et Canadienne y a droit*, la Coalition pour des soins de fin de vie de qualité du Canada s'est fixé la mission suivante : « La Coalition pour des soins de fin de vie de qualité croit que tous les Canadiens ont le droit de mourir avec dignité, sans douleur, entourés de leurs proches, dans le milieu de leur choix. » C'est dans le cas du « milieu de leur choix » que notre système de soins de santé rate souvent l'objectif.

Je suis heureuse de l'attention accordée aux soins palliatifs dans votre deuxième rapport provisoire. À la page 38, vous formulez quatre recommandations précises qui sont extrêmement importantes et opportunes, et nous les appuyons de tout cœur.

I will not spend a lot of time on the recommendations that you have already made because I think they are terrific and we clearly support them. In the last of the four recommendations, however, you referred to the hospice palliative care program for veterans, First Nations and Inuit, and federal inmates. Of these three groups, the veterans receive hospice palliative care services through the Department of Veterans Affairs, which is far better than the hospice palliative care services offered to other Canadians by the federal jurisdiction.

I am pleased to hear that Ms. Brousse was able to take advantage of our veterans' program. It is one of the gold standards, but we cannot lose sight of the fact that the federal government is responsible for providing care for Inuit, First Nations, inmates and others. I wanted to call to your attention the fact that for Aboriginal people, there is no allowance for hospice palliative care in the First Nation and Inuit health budget envelope.

We have a system where the model of care used by Veterans Affairs would be a marked improvement from some of the other groups. It should be considered best practice, and these other groups are not receiving the same standard of care from our federal government. I think you are right on track with the Veterans Affairs program, but we would love to see it given equitably to all people within their jurisdiction.

Why is hospice palliative care important? As I mentioned last June, in any discussion related to aging and health, you must talk about hospice palliative care. According to Statistics Canada, in the next 20 years, fully one quarter of all Canadians will be 65 years or older. Life expectancy is increasing, but it is also expected that 7 out of 10 Canadians over the age of 65 will be living with more than two chronic diseases. Today, two thirds of all cancer deaths are in people 65 years or older. This is a segment of the population that will require better quality hospice palliative care and more amounts of it.

Complicating factors with regard to the elderly include negative social and economic factors and the lack of advanced care planning. It rapidly becomes apparent that when these factors are combined with more of these chronic diseases, caring for elderly Canadians can become complex, necessitating packages of care that require partnerships and collaborations between different health care groups across many settings. We will have to do things differently.

In many cases, single elderly Canadians with no family and/or friends to care for them often end up in hospitals or in long-term care facilities. As well, many elderly with limited incomes cannot afford to pay for the extra help they need that will enable them to stay at home as long as possible, or to die at home if that

Je ne m'attarderai pas sur les recommandations que vous avez déjà faites, car je crois qu'elles sont formidables et il est clair que nous y sommes favorables. La dernière de ces quatre recommandations traite toutefois de la prestation de soins palliatifs à domicile pour les anciens combattants, les Premières nations et les Inuits, ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux. De ces trois groupes, les anciens combattants reçoivent des services de soins palliatifs, par l'entremise du ministère des Anciens Combattants, qui sont nettement supérieurs aux soins que le gouvernement fédéral offre à d'autres groupes.

Je suis fier d'entendre que Mme Brousse a pu bénéficier de notre programme pour les anciens combattants, qui constitue l'une des normes de référence, mais il ne faut pas perdre de vue que le gouvernement fédéral a la responsabilité de fournir des soins aux Inuits, aux Premières nations, aux détenus et autres. Je voulais attirer votre attention sur le fait qu'à l'heure actuelle, rien n'est prévu pour les soins palliatifs à domicile dans l'enveloppe budgétaire de la santé des Premières nations et des Inuits.

Le modèle de soins utilisé par le ministère des Anciens Combattants constituerait une nette amélioration pour certains des autres groupes et devrait être considéré comme un modèle de pratique exemplaire, car le gouvernement fédéral n'adopte pas les mêmes normes de soins de santé pour ces autres groupes. Je crois que vous êtes sur la bonne voie avec le programme des Anciens Combattants, mais nous aimerions que soient proposés à tous, dans chaque région, des programmes de soins inspirés de ce modèle.

Pourquoi les soins palliatifs à domicile sont-ils si importants? Comme je l'ai mentionné en juin dernier, toute discussion relative au vieillissement et à la santé doit aborder la question des soins palliatifs. Selon Statistique Canada, d'ici un peu plus de 20 ans, un quart de la population canadienne sera âgée de plus de 65 ans. L'espérance de vie augmente peut-être, mais on prévoit également que 70 p. 100 des Canadiens de plus de 65 ans seront atteints d'au moins deux maladies chroniques. Aujourd'hui, les deux tiers de tous les décès attribuables au cancer surviennent chez les gens âgés de 65 ans et plus. C'est le segment de la population qui est le plus susceptible de nécessiter des services de soins palliatifs de qualité.

Parmi les éléments qui compliquent la situation des personnes âgées, citons les facteurs économiques et sociaux négatifs et un manque de planification préalable des soins. Il appert rapidement que, lorsque ces facteurs sont combinés à plusieurs maladies chroniques, les soins aux Canadiens âgés peuvent devenir très complexes et nécessiter des formules de soins qui exigent un partenariat et une collaboration entre les différents groupes de soins de santé dans divers milieux. Nous devons agir différemment.

Bien souvent, des personnes âgées célibataires n'ayant ni parent ni ami pour prendre soin d'elles se retrouvent dans un hôpital ou un établissement de soins prolongés. En outre, de nombreux aînés ayant un revenu limité n'ont pas les moyens de payer l'aide supplémentaire qui leur permettrait de demeurer chez

is what they want. The Canadian health care system could be more innovative in providing caregiver support or respite for these Canadians.

We will have to become more creative in doing that because the fallback position when someone is at the end of life is an acute care hospital bed at close to \$1,000 a day. The economics and the quality of life arguments are not there. We need to do better. Often the level of support needed is not terribly great and this can eliminate or postpone hospitalization. Our national respite program could provide some of this support.

Most literature regarding respite talks about a break for the caregiver. In fact, at the very end of life, families and friends do not necessarily always want time away, but want the ability to spend more time with their dying family member without the constant pulls of the regular duties of life. A national respite program would need to be flexible to allow for the various types of supportive measures needed during the disease trajectory. Programs such as Meals on Wheels could be considered a type of respite program, and these programs are not always terribly costly.

The Quality End-of-Life Coalition of Canada came out with *Dying for Care* report, which said that to do end-of-life well, we need six main components. Some of them are in your recommendations, but they are access 24/7 to hospice and palliative care professionals; home care and home support; care for the caregivers, often referred to as respite care; compassionate leave packages, a caregiver financial package; prescription medications; and non-prescribed therapies. The coalition has come up with a series of economic based recommendations around caregiver packages; I will leave copies with the committee.

Since 2004, when the health accord was signed, only five jurisdictions in Canada paid for pharmaceutical medications at home. As of yesterday, every province and territory in this country has announced they are paying for medication. We can do it; it is not as costly as we think.

I know that you will hear testimony on home care, so I will spend a little bit of time on long-term care. CHPCA has been referring lately to our long-term care settings as the next mountain to climb. Long-term care facilities in Canada are often under-resourced and have inadequately trained staff when it comes to competencies and standards in hospice palliative care. Patients residing in long-term care facilities often present with chronic, very diverse and complex needs, and people working in these facilities need training around end-of-life. Many Canadians die in these settings; in fact, 33 per cent of long-term

carex le plus longtemps possible ou de mourir à domicile, si tel est leur souhait. Le système canadien de soins de santé pourrait être beaucoup plus innovateur en fournissant un soutien avec des aidants naturels ou des soins de relève pour ces Canadiens.

Pour cela, nous devons être plus créatifs, car la seule option possible, lorsque quelqu'un est en fin de vie, c'est un lit dans un établissement de soins actifs, à près de 1 000 \$ par jour. Ce n'est pas fait pour résoudre les problèmes économiques et de qualité de vie. Nous devons faire mieux. Souvent, le niveau de soutien nécessaire n'est pas très élevé et pourrait avoir pour effet d'éliminer ou de reporter une hospitalisation coûteuse. Notre programme de relève national pourrait assurer une partie de l'aide nécessaire.

La plupart des ouvrages concernant les services de relève parlent de donner du répit à l'aidant naturel. Dans la réalité, lorsqu'un proche est sur le point de mourir, les parents et les amis ne veulent pas nécessairement s'absenter; ils veulent avoir la possibilité de passer plus de temps avec la personne mourante, sans être constamment gênés par toutes les tâches de la vie quotidienne. Un programme de relève national devrait être souple pour permettre aux gens de faire face, grâce à des mesures de soutien adaptées en fonction de l'évolution de la maladie. On pourrait considérer la livraison de repas à domicile, par exemple, et ce n'est souvent pas très coûteux.

Dans son rapport de 2004 intitulé *Mourir entouré de soins*, la Coalition pour des soins de fin de vie de qualité du Canada a identifié six éléments nécessaires pour soutenir les patients en fin de vie. Certains sont déjà dans vos recommandations. Il s'agit, notamment, d'avoir accès à des soins palliatifs professionnels et bénévoles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7; à des services de maintien et de soutien à domicile; à des services aux aidants naturels, souvent appelés services de relève; à des congés pour raisons familiales, une aide financière pour l'aidant naturel; à des médicaments sur ordonnance; et à des thérapies non prescrites. La coalition a émis une série de recommandations d'ordre économique en ce qui concerne les services aux aidants naturels; je fournirai les documents aux membres du comité.

Depuis la signature de l'entente sur la santé, en 2004, seulement cinq provinces canadiennes ont payé les médicaments pour les gens à domicile. Hier, toutes les provinces et tous les territoires de ce pays ont annoncé qu'ils payaient les médicaments. Nous pouvons le faire; ce n'est pas aussi cher que nous le pensons.

Je sais que vous entendrez des témoignages sur les soins à domicile; je vais donc parler un peu des soins de longue durée. Dernièrement, l'ACSP a parlé du milieu des soins prolongés comme de notre prochaine grande montagne à escalader. Les centres de soins de longue durée au Canada manquent souvent de ressources et ont du personnel mal formé qui ne dispose pas des compétences nécessaires et connaît mal les normes en matière de soins palliatifs. Les patients admis dans des établissements de soins prolongés ont souvent des problèmes chroniques et des besoins très divers et complexes, et les gens qui y

care residents will die in any given year. However, we feel we can successfully argue that they are doing death and not necessarily doing good hospice palliative care.

It is clear the health care system can improve acute-care patient wait times by increasing the number of long-term care beds in the system, which will reduce the use of acute-care beds for long-term care patients. It speaks to having the settings of their choice, and some sort of continuity between these settings for aging Canadians, so there is choice and they get the best place for them at the best time. I also wanted to note that the Canadian Health Care Association is currently working on updating its report on long-term care in Canada.

In closing, I would like to address three further recommendations that the Canadian health care system could pay some attention to. First, I think they need to increase training, education and implementation of the national norms of practice for hospice palliative care in all settings of care, including acute care, long-term care and complex continuing care in residential hospices and home.

Second, we should be researching other types of caring communities for the aged that have implemented supportive and respite programs. I was recently in the United Kingdom, where they have care homes in which the younger seniors are helping care for the older seniors. It is quite innovative; it is handy, does not cost a lot of money and defers these older seniors from going into acute and long-term care facilities prematurely. I think we need to look at some of these models.

Third, I think we need to increase the usage and implementation of the Canadian Council on Health Services Accreditation palliative care standards in all accredited health settings — they are not there yet — so all these settings are held accountable to accredited levels of care.

Donald Juzwishin, Chief Executive Officer, Health Council of Canada: Thank you for the invitation to speak to you on behalf of the Health Council of Canada. This is our first appearance and we were asked to provide comment in respect to Chapters 4, 5 and 6.

Although the Health Council of Canada had not undertaken any specific work on the topic of healthy aging and aging in place of choice, we did find resonance with the work we did on chronic diseases within the Canadian population, which I think will help support many of the recommendations you are putting forward and identify some gaps that you may want to give some thought to.

The Health Council of Canada is the result of the 2003-04 health accords, and has the responsibility of monitoring health care renewal and reform across the country. It is within the spirit of looking for opportunities to shine a light on positive

travaillent doivent recevoir une formation sur les soins de fin de vie. En fait, près de 33 p. 100 des résidents d'établissements de soins de longue durée décèdent au cours d'une année. Toutefois, nous estimons que ces établissements offrent un accompagnement jusqu'à la mort, mais pas forcément des soins palliatifs et des soins de fin de vie de qualité.

Il est clair que le système de soins de santé peut limiter les délais d'attente des patients en soins de courte durée en augmentant le nombre total de lits de soins de longue durée, ce qui réduira l'utilisation de lits de soins actifs pour des patients en soins prolongés. Il s'agit de pouvoir offrir à ces gens le milieu de leur choix, et une sorte de continuité dans les services, afin qu'ils aient la possibilité de choisir et qu'ils obtiennent la meilleure place lorsqu'ils en ont besoin. Je tiens également à souligner que l'Association canadienne des soins de santé est actuellement en train de mettre à jour son rapport sur l'état des soins de longue durée au Canada.

En conclusion, j'aimerais faire trois autres recommandations que le système canadien pourrait prendre en considération. Premièrement, on devrait augmenter la formation, l'éducation et la mise en œuvre de normes nationales de pratique pour les soins palliatifs dans tous les milieux de soins incluant les soins actifs, les soins de longue durée, les soins continus complexes dans les établissements de soins palliatifs et à domicile.

Deuxièmement, nous devrions faire des recherches sur la façon dont d'autres collectivités s'occupent des personnes âgées, avec leurs programmes de soutien et de relève. Je me suis rendue récemment au Royaume-Uni, et il y a là-bas des maisons de soins dans lesquelles les aînés les plus jeunes aident à prendre soin des plus âgés. C'est très innovateur; c'est pratique, cela ne coûte pas cher et retarde l'entrée des personnes les plus âgées dans des établissements de soins actifs et de longue durée. Je crois que nous devrions nous pencher sur certains de ces modèles.

Troisièmement, nous devrions accroître l'application des normes pour les soins palliatifs du Conseil canadien d'agrément des services de santé dans tous les établissements de soins de santé agréés — ils ne le sont pas tous —, pour qu'ils aient tous à rendre des comptes.

Donald Juzwishin, chef de la direction, Conseil canadien de la santé : Je vous remercie de m'avoir invité à venir témoigner au nom du Conseil canadien de la santé. C'est la première fois que nous comparaissons, et on nous a demandé de commenter les chapitres 4, 5 et 6 du rapport.

Bien que le Conseil canadien de la santé ne se soit pas penché précisément sur le sujet du vieillissement en santé et dans le milieu de choix, il y a des similitudes avec le travail que nous avons effectué sur les maladies chroniques au sein de la population canadienne, ce qui permettra d'appuyer bon nombre des recommandations que vous présentez et de relever certaines lacunes auxquelles vous voudrez peut-être remédier.

Le Conseil canadien de la santé est le fruit des accords sur la santé conclus en 2003 et 2004, et a la responsabilité de surveiller la réforme et le renouvellement des soins de santé partout au pays. C'est dans l'esprit de rechercher les occasions de mettre en lumière

efforts taking place in the country that we are doing much of our work. We wish to encourage improved standards of the delivery of health care for the aging and quality aging in a place of choice.

The report that I referred to has been made available to you; it is entitled *Why Health Care Renewal Matters: Learning from Canadians with Chronic Health Conditions*. The report is supported by two supplements, one of which is a cross-sectional telephone survey of Canadians conducted in January and February 2007. The second contains data collected in 2005 by Statistics Canada, which includes information from approximately 133,000 Canadians suffering from chronic conditions.

Ms. Baxter has touched on the take-home message in the mosaic of chronic care in Canada by referring to the 7 and 10. Seventy-five per cent of seniors 65-plus reported having at least one select chronic health condition.

You must to be well off to be a diabetic. Diabetes is an exclusive club and the membership price is high. The working poor need not apply. This was feedback we received through one of our consultations in 2007.

To give you an appreciation for that plus-60 age group and the incidence of chronic diseases within that population, our report in figure 1 shows that 9 million Canadians — or one-third of youth and adults — have one of the long-term health conditions such as arthritis, diabetes, cancer and heart disease. If you focus on the left-hand side of the graph, you see that in the 60 to 79 age range, 36 per cent experience one chronic condition and 35 per cent experience two or more chronic conditions. That is a total of 71 per cent; as Ms. Baxter said: 7 and 10. The number is even higher once you are in the 80-plus range: 34 per cent have one chronic condition and 48 per cent have two or more chronic conditions; that is over 80 per cent.

We feel the characteristics of chronic diseases and their characterization in our report as similar to a tsunami that will influence our Canadian social health infrastructure and create a major challenge. Many of the people who have presented to your committee have underlined this challenge. I encourage the excellent work you are doing.

Those who experience chronic conditions experience a poorer quality of life. Half of the adults with two or more chronic conditions report moderate or severe disability in daily living. Responses that would facilitate an improvement in their quality of life because of that disability will be very important. Not surprisingly, this population group also uses a large share of the health care resources. One-third of Canadians with one or more of the seven high-impact, high-prevalence chronic conditions in our survey were found to use 67 per cent of all visits to community nurses, 51 per cent of all visits to family doctors,

les efforts positifs déployés au Canada que nous accomplissons une bonne partie de notre travail. Nous souhaitons promouvoir l'amélioration des normes de prestation des soins de santé pour la population vieillissante, ainsi qu'un vieillissement de qualité dans une place de choix.

Le rapport auquel j'ai fait référence vous a été distribué; il s'intitule *Importance du renouvellement des soins de santé : À l'écoute des Canadiens atteints de maladies chroniques*. Ce rapport est accompagné de deux suppléments, dont l'un est une enquête transversale rétrospective par téléphone menée auprès des Canadiens en janvier et février 2007. L'autre renferme des données recueillies en 2005 par Statistique Canada, et on y trouve de l'information provenant d'environ 133 000 Canadiens souffrant de maladies chroniques.

Mme Baxter a parlé de ce qu'il importe de retenir au sujet de la mosaïque de soins de santé aux malades chroniques au Canada, en évoquant une proportion de 7 sur 10. Soixante-quinze pour cent des aînés de 65 ans et plus ont signalé être atteints d'au moins une maladie chronique particulière.

Si vous êtes diabétique, vous avez intérêt à être bien nanti. Les diabétiques sont un club sélect et les frais d'adhésion sont élevés. Il est inutile pour les travailleurs à faible revenu de demander à en faire partie. Ce sont là des commentaires qu'on nous a faits lors d'une de nos consultations, en 2007.

Pour vous donner une idée de cette population de plus de 60 ans et de l'incidence des maladies chroniques au sein de ce groupe, notre rapport, à la figure 1, indique que 9 millions de Canadiens — ou un tiers des jeunes et des adultes — sont atteints d'un des problèmes de santé de longue durée comme l'arthrite, le diabète, le cancer et les maladies cardiaques. Au côté gauche du graphique, on verra que dans la fourchette d'âge des 60 à 79 ans, 36 p. 100 sont atteints d'une maladie chronique, et 35 p. 100 d'au moins deux maladies chroniques. Cela fait un total de 71 p. 100 ou, comme l'a dit Mme Baxter, de 7 sur 10. Ce chiffre est encore plus élevé quand on entre dans la catégorie des personnes de 80 ans et plus, où 34 p. 100 souffrent d'une maladie chronique, et 48 p. 100 de ces personnes, de deux maladies chroniques ou plus, ce qui donne une proportion supérieure à 80 p. 100.

Nous comparons les caractéristiques des maladies chroniques, ainsi que la définition qu'on en fait dans notre rapport, à un raz-de-marée qui touchera l'infrastructure de santé sociale et créera un défi majeur. Bien des gens qui ont témoigné devant votre comité ont souligné cette difficulté. Je vous encourage à poursuivre vos excellents travaux.

Les personnes aux prises avec des maladies chroniques ont une moins bonne qualité de vie. La moitié des adultes souffrant d'au moins deux maladies chroniques ont signalé être atteints d'une invalidité moyenne ou grave dans la vie de tous les jours. Des mesures qui faciliteraient une amélioration de leur qualité de vie, compte tenu de cette invalidité, seront très importantes. Comme on pouvait s'y attendre, ce groupe démographique utilise également une bonne partie des ressources en soins de santé. Les tiers des Canadiens atteints d'au moins une des sept maladies ayant un impact important et une prévalence élevée qui figuraient

55 per cent of all visits to specialists and 72 per cent of nights spent in hospitals. I am setting the stage. When I get to the recommendations that the Health Council of Canada has put in its report, you will see it is in support and response to this; it is confluent with the recommendations that you are putting forward.

It is important to stay focused on your implementation of the recommendations within the policy environments down the road because there are huge gaps within the accessibility and quality of ongoing care. Ms. Baxter mentions the necessity for Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) standards to be promulgated in hospice/palliative care. We are recommending that mandatory standards be extended to all health care services in the country. At the moment, it is voluntary accreditation.

We also call for action for patient-centred care. We want to assess how Canada is doing to ensure that all Canadians have access to needed care, patients are engaged in their care, care is coordinated and health care teams deliver integrated and comprehensive care. The latter is something that we already heard from our representative from Victoria. Also, information about health care needs to be widely available to Canadians.

What is our advice? Our advice to governments is to invest in success by ramping up initiatives proven to prevent chronic health conditions and their complications. A simple matter such as reducing the intake of salt by one less teaspoon a day would result in a 30 per cent decrease in the cases of high blood pressure, one of the most prevalent health conditions. That preventative initiative would result in 1 million fewer Canadians with this condition and direct cost savings from reduced physician visits, lab tests and medications is estimated to be over \$430 million per year. Governments would need to be prepared to work in a multi-sectoral context to raise citizen awareness, work with the food processing industry and the salt producers.

Our advice to government health care policy-makers, managers and providers is to invest in proven strategies that improve the quality of care and engage people in managing their own chronic conditions. What are some of these proven strategies? We have identified and highlighted several of these in our report.

Currently, there is great inefficiency with scheduling systems; they underlie long waits for appointments for primary care providers. We can learn much from other countries, which Ms. Baxter mentioned with some examples. Self-booking of

dans notre sondage se sont avérés être à l'origine de 67 p. 100 de l'ensemble des visites aux centres communautaires de soins infirmiers, de 51 p. 100 de toutes les consultations de médecins de famille, de 55 p. 100 des consultations de spécialistes et de 72 p. 100 des nuits passées à l'hôpital. Je vous cite ces données pour vous situer. Lorsque j'en arriverai aux recommandations intégrées par le Conseil canadien de la santé dans son rapport, vous constaterez qu'elles représentent un soutien et une réponse face à cette situation; elles vont dans le sens de ce que vous recommandez.

Il importe de maintenir le cap, dans l'avenir, sur l'application des recommandations dans le contexte de l'élaboration de politiques, car il y a d'importantes lacunes sur le plan de l'accessibilité et de la qualité des soins continus. Mme Baxter a parlé de la nécessité de promulguer les normes du Conseil canadien d'agrément des services de santé, ou CCASS, en matière de soins palliatifs. Nous recommandons que les normes obligatoires soient étendues à tous les services de soins de santé au pays. Pour l'instant, il s'agit d'agrément volontaire.

Nous en appelons également à une action pour des soins axés sur les patients. Nous voulons évaluer comment le Canada s'y prend pour s'assurer que tous les Canadiens aient accès aux soins requis, que tous les patients soient engagés dans la gestion de leur santé, que les soins soient coordonnés et que les équipes de soins de santé fournissent des soins intégrés et complets. Ce dernier point est une question dont nous a déjà parlé notre représentant de Victoria. Par ailleurs, l'information sur les soins de santé doit être facilement accessible pour les Canadiens.

Que recommandons-nous? Nous conseillons au gouvernement d'investir dans la réussite en intensifiant les initiatives qui ont prouvé leur efficacité en matière de prévention des maladies chroniques et de leurs complications. Un simple geste comme la réduction d'une cuillerée à thé de la portion de sel consommée quotidiennement par une personne donnerait lieu à une diminution de 30 p. 100 des cas d'hypertension artérielle, l'une des maladies les plus courantes. Cette mesure préventive ferait en sorte qu'un million de Canadiens de moins souffriraient de cette maladie, et les économies directes réalisées grâce à un nombre réduit de consultations médicales, de tests laboratoires et de médicaments sont estimées à plus de 430 millions de dollars par année. Les gouvernements devront être prêts à travailler dans un contexte multisectoriel pour favoriser la conscientisation chez les citoyens, en collaboration avec l'industrie de transformation des aliments et les producteurs de sel.

Notre recommandation aux responsables gouvernementaux des politiques en matière de soins de santé, aux gestionnaires et aux fournisseurs de soins de santé serait d'investir dans des stratégies éprouvées qui améliorent la qualité des soins et font participer les gens à la gestion de leurs propres maladies chroniques. Quelles sont ces stratégies éprouvées? Nous en avons relevé et décrit plusieurs dans notre rapport.

Actuellement, les systèmes de fixation des rendez-vous sont hautement inefficaces; ils sont à l'origine de longues périodes d'attente pour des consultations auprès des fournisseurs de soins primaires. Nous pouvons en apprendre beaucoup des autres pays,

primary-care physicians or general practitioners has begun to appear in some Canadian settings but it is not common yet. People are Internet savvy and capable of using those kinds of technologies to book their own appointments. Reminders or referrals to health promotion activities and programs are another effective way of trying to avoid the onset of chronic diseases.

In our report, we identify several successful, country-wide initiatives. It is a pity they tend to be isolated within those regional settings. We would encourage their spread.

The financial barrier to care is also an issue. The access to pharmaceuticals is one that is a major concern, and it is good to see some of the progress that has been made. In our survey, we found that 10 per cent of Canadians with chronic diseases reported they did not fill a prescription or they skipped a medication due to the associated costs.

Patients with chronic conditions generally feel primary health care providers communicate well with them. However, 60 per cent to 90 per cent felt their values and their health care providers did not necessarily take traditions into account. In some cases — 34 per cent — people did not feel their goals were taken into account and, in 50 per cent of cases, nor were the patients actually involved in the care decisions recommended for their compliance. We feel there is much more that can be done to improve the delivery of care that would involve Canadians suffering from chronic diseases in managing their own care.

Finally, without proper data, those responsible for health care renewal — political leaders like you, health care policy-makers, managers and providers — are working in the dark. Canada lags way behind in the implementation of the Electronic Health Record, and Canadians are unaware of the difficult decisions that need to be made. Without data and information, it is very difficult for that to be done.

We would encourage integrated health information; surveillance on information tracking strategies and integrating that information about risks to poor health; the environment Canadians live in; the availability to get the care they need; the quality care they receive; and, finally, the results of that care. Where is it working well? Where is it not working?

comme Mme Baxter l'a illustré avec quelques exemples. En matière de consultations auprès de médecins en soins primaires ou de médecins généralistes, la pratique de l'auto-inscription a commencé à faire son apparition dans certaines régions canadiennes, mais elle n'est pas encore répandue. Les gens connaissent bien Internet et sont capables d'utiliser ce genre de technologies pour fixer eux-mêmes leurs rendez-vous. Les rappels ou les références à des activités et des programmes de promotion de la santé sont un autre moyen efficace pour tenter d'éviter l'apparition de maladies chroniques.

Dans notre rapport, nous relevons plusieurs initiatives fructueuses sur le plan national. C'est dommage qu'elles tendent à être restreintes à certaines régions. Nous sommes favorables à ce que leur application soit répandue.

L'obstacle financier aux soins de santé est également un problème. L'accès aux produits pharmaceutiques est une préoccupation majeure, et il est bon de voir que certains progrès ont été réalisés. Dans le cadre de notre sondage, nous avons établi que 10 p. 100 des Canadiens atteints de maladies chroniques avaient signalé ne pas faire remplir une ordonnance ou passer outre à la prise de médicaments en raison des coûts qui leur étaient associés.

Les patients aux prises avec des maladies chroniques avaient généralement l'impression d'avoir une bonne communication avec les fournisseurs de soins de santé primaires. Toutefois, de 60 à 90 p. 100 de ces personnes tenaient à leurs valeurs, mais leurs fournisseurs de soins de santé ne prenaient pas vraiment en considération les traditions. Dans certains cas — 34 p. 100 — les gens n'avaient pas l'impression qu'on tenait compte de leurs objectifs, et dans une proportion de 50 p. 100, les patients ne participaient pas non plus réellement aux décisions en matière de soins qui les concernaient. Nous pensons qu'il y aurait lieu de faire beaucoup plus pour améliorer la prestation de soins qui ferait participer activement les Canadiens souffrant de maladies chroniques à la gestion de leur état de santé.

Finalement, en l'absence de données adéquates, les responsables du renouvellement des soins de santé — les dirigeants politiques comme vous, les concepteurs de politiques sur les soins de santé, les gestionnaires et les fournisseurs — travaillent en aveugles. Le Canada accuse un retard considérable pour ce qui est de la mise en œuvre du dossier de santé électronique, et les Canadiens ignorent les décisions difficiles qu'il faut prendre. Faute de données et d'information, il est très difficile de réaliser cela.

Nous préconisons une structure intégrée d'information; une surveillance des stratégies de suivi des renseignements et l'intégration de cette information en ce qui a trait aux risques de mauvaise santé; l'environnement dans lequel vivent les Canadiens; la possibilité pour eux d'obtenir les soins dont ils ont besoin; la qualité des soins qu'ils reçoivent; et finalement, les résultats de ces soins. Qu'est-ce qui fonctionne bien? Qu'est-ce qui ne fonctionne pas?

Variation across the country is fairly significant. You serve as a pan-Canadian voice. This is an opportunity to be looking at standardizing high quality of care in respect to chronic diseases so that those aging in places of choice are able to do so with good quality of life.

Some provinces have made great strides in the informatics side. The Public Health Agency of Canada has made great strides in developing a coherent and integrated national surveillance system. However, each province will still have to do much on its own.

I have tried to provide you with a fairly broad perspective of what the Health Council of Canada would identify for action. In a matter of closing, ramping up prevention strategies to prevent chronic health conditions is important; continuing to support public investments in healthy living is important; investing in proven strategies that improve quality of care, and engaging people in managing their own chronic conditions is important. Let us speed up the development of health care teams that can work in a redesigned system rather than having individual practitioners attempting to do everything on their own. Let us build a team around them so we can bring in the kind of expertise that can facilitate care delivery to those who need it. Increasing the awareness of Canadians to expect more from the Canadian health care system is encouraged. Citizens are likewise encouraged to take ownership in managing their health and that of their family with the proper kinds of supports that are needed in order for them to be able to be capable in doing it.

Finally, it is important to develop those appropriate information systems for us to be able to provide the information for good policy-making to take place.

I thank you for the opportunity to appear in front of you, and I am delighted to participate in any discussion.

[Translation]

Dr. François Béland, Full Professor, Université de Montréal: Madam Chair, my presentation will have focus on three areas, namely health, services and innovation. You can follow along more easily with the table, charts and figures included in my submission. These three focal points correspond to three excerpts from your committee's interim report. The quotes are included in the notes that I have submitted to you.

First of all, I want to focus on frail seniors, as they are referred to today in the field of geriatrics. They are a unique group of seniors. Frail seniors exhibit a range of physical, mental, cognitive and social characteristics which are deeply interwoven. I cannot stress this too strongly.

Les variations d'un bout à l'autre du pays sont très importantes. Vous servez de voix pancanadienne. C'est une occasion de chercher à uniformiser les soins de haute qualité en ce qui a trait aux maladies chroniques, afin que les gens qui vieillissent dans des endroits de choix puissent en même temps jouir d'une bonne qualité de vie.

Certaines provinces ont fait des pas de géant sur le plan de l'informatique. L'Agence de la santé publique du Canada a également réalisé d'importants progrès pour ce qui est de mettre au point un système de surveillance national intégré. Toutefois, chaque province continuera à avoir beaucoup à faire par elle-même.

J'ai tenté de vous fournir une perspective très élargie de ce que le Conseil canadien de la santé préconiserait comme mesures action. En guise de conclusion, ce qui est important, c'est d'intensifier les stratégies de prévention pour prévenir les maladies chroniques; de continuer d'appuyer les investissements publics dans un mode de vie en santé; d'investir dans des stratégies éprouvées qui améliorent la qualité des soins et de faire en sorte que les gens gèrent activement leurs maladies chroniques. Accélérons la mise sur pied d'équipes de soins de santé qui peuvent travailler dans un système redéfini, plutôt que les praticiens tentent individuellement de tout faire eux-mêmes. Entourons-les d'une équipe afin de garantir le type d'expertise qui facilitera la prestation de soins de santé à ceux qui en ont besoin. Nous sommes favorables à l'accroissement de la sensibilisation des Canadiens pour ce qui est d'en attendre davantage du système de santé canadien. Les citoyens sont également encouragés à gérer leur santé et celle de leur famille à l'aide des types de soutien appropriés, qui sont nécessaires pour permettre cette prise en charge.

Enfin, il est important que nous mettions au point ces systèmes d'information adéquats pour être en mesure de fournir des renseignements en vue d'une bonne élaboration de politiques.

Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de comparaître devant vous et serai heureux de participer à toute discussion.

[Français]

Dr François Béland, professeur titulaire, Université de Montréal : Madame la présidente, ma présentation se développera en trois points soit, la santé, les services et l'innovation. Vous pourrez suivre mes propos plus aisément grâce aux tableaux, aux images et aux chiffres que j'ai inclus dans ma présentation. Ces trois points correspondent à trois extraits du rapport intérimaire de votre comité. Vous trouverez des citations dans les notes que je vous ai remises.

Premièrement, j'aimerais parler des personnes âgées fragiles, comme on les qualifie aujourd'hui en gériatrie. Il s'agit d'un groupe particulier de personnes âgées. La santé des personnes âgées fragiles est caractérisée par un ensemble de conditions physiques, mentales, cognitives et sociales fortement imbriquées — je ne saurais trop insister ici sur le fait que ces conditions sont imbriquées. C'est ce qui caractérise la fragilité des personnes dont je parle ici.

Secondly, the social and health services required by this group of individuals are complex and difficult to navigate through, especially at a time when these seniors have the least amount of energy to devote to obtaining these services — as we saw with Ms. Brousses's testimony — and at a time when principal caregivers have a great deal on their plate. Not only must principal caregivers care for their loved ones, they are called upon to navigate their way through an extremely complex system.

Thirdly, the best models, as you said, call for the integration of social and health services. The word "integration" is often overused and, depending on the context, it may not always mean the same thing. At times, it may imply coordination or cooperation, while at other times, it simply means the referral of a patient by one professional to another.

To illustrate how complex the health of this group is, you can refer to the first column in my notes which describes the various conditions that seniors exhibit. These include a host of chronic illnesses, cognitive problems and functional limitations. What kind of functional limitations do they have? Well, problems such as doing small things like picking up a cup with arthritic hands or climbing stairs. A person with arthritic hands will eventually manage to pick up a cup, but only after making a considerable effort. Seniors' activities are also restricted by their health. They may have problems communicating with others and may be unable to do household chores or go about their daily activities.

All of these factors combine to make a person frail. In the table accompanying my notes, I have drawn three profiles of fragile seniors taken from a sample of seniors. Today I will focus solely on the third profile, namely seniors requiring highly complex services because they exhibit all of the above-mentioned conditions. From this profile, we see that chronic illnesses can be distinguished from cognitive problems and disabilities.

Individuals who are in serious need of integrated services exhibit all of these conditions either at the same time or in sequence, so that at a given point in time, a range of services must be mobilized. The problems associated with mobilizing these services are what characterize our health system.

I would like to relate to you the story of one individual who we have called Mr. Pilon. That is not his real name, but his situation is very real. Initially, Mr. Pilon suffered from bladder cancer, heart disease and osteoarthritis and was mildly depressed. He lived in a residence for independent seniors in Montreal. Subsequently, Mr. Pilon had a fall. Often when a person with many health problems has a fall, it can have a snowball effect. Mr. Pilon was hospitalized and suffered some complications. His colon was resected. In other words, he had a colostomy because of his cancer. As a general rule, when a frail senior is discharged from hospital, he will have acquired more problems, such as other functional limitations. That is what happened to Mr. Pilon. He was ultimately discharged from

Deuxièmement, les services sociaux et de santé nécessités par ces personnes sont complexes et de navigation difficile, à un moment où elles ont le moins d'énergie à mobiliser pour les utiliser — comme on l'a vu dans le témoignage de Mme Brousse — et à un moment où les aidants principaux ont une tâche énorme. Non seulement les aidants principaux doivent-ils prendre soin de leurs proches, on leur demande en plus de naviguer dans un système extrêmement complexe.

Troisièmement, les meilleurs modèles, comme vous l'avez dit, proposent l'intégration des services sociaux et des services de santé. Le mot « intégration » est souvent galvaudé, utilisé à toutes les sauces et ne veut pas toujours dire la même chose selon le contexte. Parfois, on parle de coordination ou de coopération et d'autres fois tout simplement de référence d'un patient par des professionnels à d'autres professionnels.

Pour illustrer la complexité de l'état de santé de ces personnes, la première colonne du tableau de mes notes décrit un ensemble de conditions caractérisant les personnes âgées. On y retrouve le nombre de maladies chroniques, les problèmes cognitifs et les limitations fonctionnelles. Que sont les limitations fonctionnelles? C'est la difficulté à faire de petits gestes comme celui de lever une tasse pour une personne qui fait beaucoup d'arthrite dans les mains par exemple, ou celle de monter une marche. La personne qui fait beaucoup d'arthrite dans les mains réussira à boire, mais difficilement après beaucoup de manipulations. Les activités des personnes âgées seront aussi limitées par la santé, elles auront des déficiences en communication et des incapacités à remplir à la fois des activités domestiques ou quotidiennes.

L'ensemble de ces conditions fait en sorte qu'une personne est fragile. Dans le tableau qui accompagne mes notes, sont illustrés trois profils de fragilité identifiés depuis un échantillon de personnes âgées. Nous parlerons aujourd'hui uniquement du troisième profil, c'est-à-dire les personnes âgées ayant besoin de services très complexes qui sont caractérisées par l'ensemble des conditions mentionnées plus haut. Ce profil illustre que peuvent s'isoler les maladies chroniques, des problèmes cognitifs et des incapacités.

Ces personnes qui ont un besoin intense de services intégrés possèdent l'ensemble de ces conditions qui se présentent soit au même moment ou encore en séquence, fait en sorte qu'à un moment donné, l'ensemble des services doivent être mobilisés. Les difficultés à les mobiliser caractérisent de notre système de santé.

J'aimerais illustrer ici la condition d'un homme que nous avons nommé M. Pilon. Le nom est fictif, mais l'exemple est réel. Dans un premier temps, M. Pilon était affligé d'une néoplasie de la vessie, souffrait d'une maladie cardiaque, d'arthrose et il était un peu dépressif. Il vivait alors dans une résidence pour personnes âgées autonomes à Montréal. Dans un deuxième temps, M. Pilon fait une chute. Chuter représente souvent chez les personnes affectées de plusieurs problèmes de santé un événement déclencheur. M. Pilon est hospitalisé. Il y a complication à l'hôpital : une résection du colon, en d'autres mots une colectomie à cause de son cancer. Une personne âgée fragile qui ressort de l'hôpital aura, en général, cumulé d'autres problèmes, d'autres incapacités fonctionnelles. C'est ce qui est

the hospital, but was not longer able to live on his own. He exhibited signs of dementia, even though he had regained his mobility. He was sent back to live in a residence for independent seniors. However, as is often the case, the residence was not equipped to provide the services he needed. Mr. Pilon was readmitted to the hospital two weeks later and remained there for six months while awaiting placement.

Obviously, this type of situation happens only in Quebec. I am convinced the same thing does not happen elsewhere in Canada. However, Mr. Pilon's case is typical. It is extremely difficult to single out the different kinds of care and the different requirements a person may have because these conditions need to be addressed and negotiated all at the same time.

How are seniors impacted by the unique situation that you so aptly describe in your report? I am not talking about the impact on the health care system, or on health minister or officials, whether senior or junior. According to your report, there is no distinction between health services and social services, between treating persons and providing services at home. Seniors do not distinguish between the need for care and the need for services close to home. There is no administrative or financial requirement for integrating services — as we can see from current government policies. The need to integrate services is linked to the actual circumstances of seniors. We must look at integrating services from the standpoint of meeting the needs of frail seniors, not in terms of the needs of departments, regional organizations, hospitals, CLSCs or home care services.

Despite the efforts made and the reforms undertaken — Mr. Hollander spoke eloquently about what happened in the 1990s — we are losing ground a little at this point in time. The transition between facilities and between health care providers is extremely difficult. Take, for example, a person who goes from his residence to a hospital and from the hospital to heaven knows where. I experienced this very situation with my father who passed away about two years ago. There was some confusion as to where to put my father after he was discharged from the hospital. There was no place for him anywhere in the system. He required a very high level of care, but the hospital could no longer meet his needs. He found himself in limbo. My father's situation was not unique. Seniors everywhere find themselves in the same situation.

Today, seniors and their families are still largely responsible for the overall planning of the services they require. We hear a lot about case managers, but I have some concerns about case managers in the context of provincial health care systems. There is a danger of viewing the case manager's job as being of an administrative, not clinical nature. People tend to look at case managers as persons who ensure that the services prescribed to seniors satisfy accessibility rules, whereas they forget that a case manager has a clinical role to play. He must work with the patient and, naturally, with his family. Finally,

arrivé à M. Pilon. Alors dans un troisième temps, M. Pilon prend congé de l'hôpital, mais il ne peut plus vivre seul. Il souffre de démence. Par contre, il recouvre sa mobilité. Il est envoyé dans une résidence pour personnes âgées autonomes. Alors là se passe ce qui arrive souvent : la résidence n'a pas les services nécessaires. M. Pilon est réadmis à l'hôpital deux semaines plus tard et y demeure en attente d'hébergement durant six mois.

Évidemment, ce genre d'événement ne se produit qu'au Québec. Je suis persuadé que dans les autres provinces canadiennes, ce genre d'événement ne se produit pas! Mais il reste que le cas de M. Pilon est exemplaire, il est extrêmement difficile de séparer les différents types de soins et de besoins qu'une personne doit recevoir puisqu'elle a besoin de tout en même temps et doit les négocier tous en même temps.

Quelles sont les conséquences de cette situation particulière, que vous avez bien notée dans votre rapport, du point de vue des personnes âgées? Non pas du point de vue du système ou des prestataires de soins, ou des ministres de la santé et des fonctionnaires, qu'ils soient très hauts ou très bas dans la hiérarchie. Il n'y a pas de séparation entre les services de santé et les services sociaux, entre le fait de traiter et de dispenser des soins à domicile, selon les termes de votre rapport. La personne âgée ne fait pas de différences entre ses besoins de traitement et ses besoins de service de proximité. L'intégration des services n'est pas une exigence administrative ou financière — c'est en fait ce que l'on voit dans les politiques gouvernementales actuelles —, elle est avant tout une exigence qui part de la situation réelle, concrète, des personnes âgées. Si on veut parler véritablement d'intégration, c'est à partir des besoins des personnes âgées fragiles et non pas des besoins des ministères, des organismes régionaux, des hôpitaux, des CLSC ou des services à domicile.

Actuellement, malgré les efforts et les réformes qui ont eu lieu — M. Hollander a bien parlé de ce qui s'était passé dans les années 1990 —, il y a eu un certain recul. Ce qui se passe actuellement, c'est que les transitions entre les établissements et les prestataires de soins entre eux sont extrêmement difficiles. Prenons l'exemple d'une personne qui doit passer de son domicile à l'hôpital et de l'hôpital à on ne sait trop où — j'ai vécu la même situation avec mon père décédé il y a environ deux ans. Après sa sortie de l'hôpital, on ne savait plus où le mettre. Il n'y avait plus de place pour lui nulle part dans le système. Les soins qu'il nécessitait étaient beaucoup trop lourds, mais l'hôpital ne pouvait plus répondre à ses besoins. Il s'est retrouvé dans un vacuum. Cette situation n'est pas unique à mon père, c'est une situation que l'on retrouve partout.

Actuellement, la planification complète des services autour d'une personne reste la responsabilité de la personne âgée et de sa famille. On parle beaucoup de gestionnaires de cas, mais dans le contexte des systèmes de santé provinciaux lorsqu'on parle de gestionnaires de cas, j'ai quelques craintes. On risque d'interpréter la fonction de gestionnaire de cas comme une tâche administrative et non pas comme une tâche clinique, où la fonction de gestionnaire de cas consisterait à s'assurer que les services qui lui sont prescrits répondent à des règles d'accès, oubliant que le travail du gestionnaire de cas est une tâche clinique. Et le

various types of financing, payments and eligibility criteria for health and social services further complicate the process of managing cases and ensuring access to needed services.

Ms. Brousse was very fortunate to benefit from the services of the Department of Veterans Affairs. Veterans are virtually the only group that have access to services of this nature. I will have more to say about that later.

What is an integrated system? In the past ten years, we developed and implemented in Montreal a program jointly funded by the federal and Quebec governments. The program was based on universal principles that can be adapted to all environments.

SIPA, or the integrated services program for seniors, was based on the concept of providing needed front-line social and health services to frail seniors, regardless of where they happened to be. If they were in the hospital, the local SIPA service would assume responsibility for the individual and ensure follow-up action. If the person was in emergency, the unit would call the case manager who would then go to emergency and arrange a care plan.

It is impossible to separate health services from social services. Hospital services cannot be separated from home care services because for the people on the front line, there simply is no distinction between them.

Someone must be responsible for health care and service delivery in a given area. Service integration is impossible if there is no vision of care focussed on the public.

Local integrated services must assume responsibility for public health care services. This responsibility must not be limited to customers of these services, as they are called. I happen to hate the word customer when used in the context of health services. For me, a customer is someone who comes to a store to purchase a television, not someone who comes to a hospital or someone in need of home care.

Also, integrating health services means managing cases with the help of a multidisciplinary team available on site. Integrating services means mobilizing a range of resources quickly to meet needs as they arise, thus avoiding using available resources inappropriately.

A case manager who merely manages waiting lists is not doing much good. We would be better off putting the salary he is paid into services. A case manager must be able to mobilize resources quickly.

System integration occurs when resources are both mobilized and controlled, that is when effective funding is in place. It is crucial that these services be well funded. Integrated services

gestionnaire de cas doit travailler pour le patient avec aussi, bien sûr, son entourage. Enfin, il y a de multiples formes de financement, de paiements, de conditions d'admission pour des services sociaux et de santé qui rendent encore plus compliqués la gestion et l'accès aux services requis.

Mme Brousse était très chanceuse de pouvoir jouir des services du ministère des Anciens Combattants. Il n'y a à peu près que les anciens combattants au Canada qui puissent recevoir ce genre de services. J'aurai des commentaires à faire à ce sujet plus tard.

Qu'est-ce qu'un système intégré? À Montréal, nous avons mis sur pied dans les années 2000 un programme que nous avons évalué grâce à une série de fonds, de financements multiples, provenant à la fois des gouvernements fédéral et québécois. Les principes étaient, je crois, des principes universels qui peuvent s'adapter à tous les milieux.

Le programme de Services intégrés pour personnes âgées (SIPA), était fondé sur les services de proximité de première ligne, des services responsables de la prestation de l'ensemble des services sociaux et de santé requis aux personnes âgées fragiles, peu importe où elle était. Si elle était à l'hôpital, le service SIPA local demeurerait responsable de cette personne et en assurerait le suivi. Si la personne était à l'urgence, l'urgence appelait le gestionnaire de cas qui pouvait se déplacer, aller à l'urgence et négocier un plan de soins.

On ne peut pas séparer les services de santé et les services sociaux; on ne peut pas séparer les services hospitaliers et les services à domicile parce que, pour la personne elle-même qui les exerce, cette séparation n'existe tout simplement pas.

Il est nécessaire que quelqu'un soit responsable de la santé et de l'utilisation des services par une population sur un territoire donné. Il n'y a pas de service intégré s'il n'y a pas une vision orientée sur la population.

Et les services intégrés locaux doivent avoir la responsabilité de la santé et des services de l'ensemble de la population, il ne faut pas que cette responsabilité se limite à la clientèle, comme on dit. Ce mot, client, est un mot que je déteste pour les services de santé. Pour moi, on est client quand on va dans un magasin pour acheter une télévision, mais on n'est pas un client quand on va à l'hôpital ou quand on a besoin de services à domicile.

Également, l'intégration des services de santé doit se faire par la gestion de cas qui doit être doublée d'une équipe multidisciplinaire et qui doit être disponible sur place. Aussi, un service intégré doit permettre la mobilisation de ressources flexibles et rapides en fonction des besoins et de leur manifestation immédiate pour en éviter une utilisation inadéquate.

Un gestionnaire de cas qui gère des listes d'attente est inutile. C'est aussi bien à ce moment-là d'injecter dans les services l'argent qui sert à le payer. Il faut que le gestionnaire de cas puisse mobiliser des ressources rapidement.

Il faut également se rappeler qu'il y a un système intégré dans la mesure où le système non seulement mobilise des ressources, mais a aussi le contrôle des ressources, c'est-à-dire qu'il a les

must also be compatible with the universal services provided and with Canada's public health insurance.

SIPA, an experimental program which has now ended, was based on these principles. A number of scientific articles about this program were also published.

What results were noted and did the program prove to be costly? For starters, the costs were similar to those incurred for providing the usual services to frail seniors. I would like to use the small chart in my notes to illustrate this point and compare the costs of short-term hospital stays for persons in the SIPA program to those incurred for persons receiving the usual services; in the case of SIPA program participants, the cost of short-term hospital stays over a 22-month period were from \$4,000 to \$6,000 lower than for non-participants, depending on the limitations in daily activities.

When you multiply \$6,000 by the number of frail seniors in Canada, a group that accounts for between 7 per cent and 9 per cent of persons aged 65 and over, you can see appreciate the program's potential for significant savings.

The integrated service approach does not target all seniors, but rather the group composed of frail seniors.

Summing up, what role can the federal government play? A number of ideas are developed in your report and I subscribe to some of them. I would like to suggest another, or rather, another idea and a half.

My first suggestion targets specific sectors. As you noted in your report, the federal government is responsible for certain population groups. I would like to focus primarily on veterans. I have been a member of VAC's Gerontological Advisory Council (GAC) since its formation about 10 years ago.

As you also noted, the council tabled a report entitled "Keeping the Promise" in which it called for an integrated health services system based on experiences in Quebec, in other Canadian provinces and in other world countries.

However, the Minister of Veterans Affairs recently dismissed this recommendation, to my deep disappointment. This was an opportunity for him to develop a system that would have demonstrated Canada's ability to be innovative and to meet the real needs of veterans as well as the equally real needs of Canada's aging and frail population.

possibilités financières pour effectivement le faire. Il est donc nécessaire que ces services soient bien financés. Il y a ensuite nécessité que ce service intégré soit compatible au service universel et public d'assurance maladie au Canada.

Ce sont ces principes que nous avons tenté de mettre sur pied autour d'un programme expérimental, le SIPA, qui est maintenant terminé. Des publications scientifiques ont découlé de cette expérience.

Quel a été l'effet de ce système, et est-ce qu'il coûte cher? Pour commencer, les coûts ont été semblables à ceux des personnes âgées fragiles recevant les services habituels. J'aimerais illustrer avec le petit graphique inclus dans les notes que je vous ai fournies, un résultat important sur les coûts des hospitalisations de courte durée pour les gens qui étaient dans le programme SIPA, à comparer à ceux des gens qui bénéficiaient des services habituels; pour les personnes qui recevaient les services de SIPA, les coûts d'hospitalisation de courte durée qui se sont échelonnés sur 22 mois, et selon l'état des incapacités dans les activités de la vie domestique, ont coûté de 4 000 dollars à près de 6 000 dollars de moins pour cette période.

Or, ce montant de 6 000 dollars par personne, multiplié par le nombre de personnes âgées fragiles au Canada, qui compte pour sept à neuf pour cent des personnes de 65 ans et plus, cela donne une économie potentielle de dimension importante.

Les services intégrés ne sont pas dédiés à l'ensemble des personnes âgées, mais ils visent une population cible, une population de personnes âgées fragiles.

Pour terminer, quel est le rôle potentiel du gouvernement fédéral? Il y a certaines idées que vous développez dans votre rapport et je voudrais en appuyer certaines. Je voudrais aussi en ajouter une, et je dirais peut-être une autre et demie.

La première vise les secteurs témoins potentiels. Le gouvernement fédéral, vous l'avez noté dans votre rapport, est responsable de certaines populations, n'est-ce pas? Je parlerai surtout des anciens combattants. Je suis membre du Conseil consultatif de gérontologie (CCG) du ministère des Anciens Combattants depuis sa naissance, c'est-à-dire depuis au moins une dizaine d'années.

Vous le mentionnez vous-même, le CCG a déposé le document « Parole d'honneur », où un système intégré a été proposé, basé sur des expériences québécoises, canadiennes et internationales.

Cependant, cette proposition a été laissée de côté récemment par le ministre des Anciens Combattants et je ne saurais que le déplorer. Le ministère des Anciens Combattants avait là l'occasion de développer un système qui aurait pu témoigner de la capacité du Canada de mettre sur pied des innovations, et de répondre à de réels besoins des anciens combattants, et des besoins qui sont tout aussi réels chez la population canadienne âgée et fragile en général.

Regrettably, once again the Minister of Veterans Affairs dismissed this recommendation for reasons unbeknownst to me. If the cost of the council's proposal was a factor, then the reasons were poor indeed.

If VAC's internal financial evaluations found that the costs associated with the system were high, then I would dispute these findings. In the past, the Minister of Veterans Affairs has wrongly estimated the real costs of planned reforms. For example, the PACC, originally estimated to cost \$282 million, ultimately cost \$100 million. The minister was way off base on that one. In the case of the integrated services program recommended by the Council, if the minister rejected the idea on the basis of cost estimates, then again, VAC must have been working with the wrong figures.

Another very important consideration, one that you stress in your report, but not strongly enough, is the funding of health care services in Canada. Obviously, if we consider what has happened since the year 2000, we see that the federal government has started once again to guarantee a certain level of funding for health care. However, in this case, we need to look back in time, to the birth of the health care system.

With all due respect, the federal government has failed to ensure adequate funding and continuity of health care services. It is absolutely critical that the federal government provide long-term stable funding, otherwise, the measures that we are proposing and that you are proposing, including for example, calls to extend Canadian health insurance coverage of home care and prescription drugs, will simply not be implemented, the reason being that the provinces will have no confidence in the stability of federal funding. For its part, this committee could call upon the federal government to provide assurances of stable funding.

And finally, while the provinces have indeed adopted some innovative solutions, I do not believe that these are an integral part of the system.

One pilot project launched in Canada was the HTF, or Health Transition Fund. Unfortunately, the program did not last very long. It should have become a permanent program benefiting from substantial funding to cover the cost of additional innovative services and serious evaluations. And believe me, serious evaluations are a very costly proposition. We will not see any ongoing innovative initiatives within our system without real federal government financial assistance. Without question, this is one of the roles that the federal government must take on. As I see it, the federal government could easily, without running into constitutional problems, take on the role of developing innovative health care measures.

Malheureusement, encore une fois, le ministère des Anciens Combattants a décidé de mettre de côté cette proposition et j'ignore pourquoi. Si la raison repose sur les coûts générés par la proposition du CCG, je crois que cette raison en serait une mauvaise.

Si des études financières internes au ministère des Anciens Combattants auraient démontré que ce système était très coûteux, je crois qu'elles seraient dans l'erreur. Le ministère des Anciens Combattants, dans le passé, a déjà évalué de façon très fautive le coût réel des réformes qu'il se proposait d'implanter. Par exemple, le PACC, dont le coût avait été estimé à 282 millions de dollars, a finalement coûté 100 millions de dollars. Le ministère des Anciens Combattants était complètement à côté de la plaque. En ce qui concerne le programme des services intégrés proposé par le conseil consultatif, si le refus du ministre a été basé sur des estimations de coûts, le ministère des Anciens Combattants, encore une fois, ne disposait pas des bons chiffres.

Il y a une autre chose très importante aussi, et je crois que vous insistez à ce sujet dans votre rapport, mais pas suffisamment, soit la question du financement des services de santé au Canada. Évidemment, si l'on s'attarde à ce qui s'est passé depuis l'an 2000, le gouvernement fédéral s'est remis à assurer un certain financement aux services de santé, mais sur ce sujet, il faut y avoir une perspective beaucoup plus longue, c'est-à-dire depuis la naissance du système de santé.

Le gouvernement fédéral, si l'on veut être poli, a quelque peu failli à assurer un financement adéquat et continue des services de santé. Il est absolument essentiel que le gouvernement fédéral assure un financement stable de très longue durée, sinon les mesures que l'on propose et celles que vous proposez, y compris celles que l'on vient d'entendre ici, par exemple, étendre le régime canadien d'assurance santé aux services à domicile et aux médicaments, n'aura tout simplement pas lieu parce que les provinces n'auront aucune confiance en la stabilité du financement fédéral. Ce comité pourrait très bien appeler le gouvernement fédéral à assurer une stabilité au financement.

Finalement, la troisième proposition : dans nos systèmes, les provinces ont effectivement implanté des innovations, mais je crois que les innovations ne sont pas inscrites dans la chair même du système.

Il y a eu au Canada une expérience, celle du Fonds d'adaptation des services de santé, le FASS. Malheureusement, cela a duré très peu longtemps. Ce programme aurait en fait dû être un programme permanent avec des fonds substantiels qui permettent à la fois de payer l'ajout des services nécessaires à l'implantation des innovations et aux évaluations sérieuses. Et croyez-moi, des évaluations sérieuses, cela coûte cher. Il n'y aura pas de mouvement d'innovation permanent dans notre système s'il n'y a pas une aide réelle du gouvernement fédéral et si le gouvernement fédéral ne joue pas son rôle, et c'est certainement un des rôles du gouvernement fédéral. Je pense qu'il pourrait assumer de façon beaucoup plus certaine, et sans problèmes constitutionnels, un rôle dans le développement des innovations à l'intérieur des services de santé.

[English]

Anne Martin-Matthews, Scientific Director, Institute of Aging, Canadian Institutes of Health Research: I thank the committee for the opportunity to speak to you today. This is my second appearance before the committee. It is gratifying to come back and speak to some of your recommendations.

I am here today in three capacities, the first of which is as the Scientific Director of the Canadian Institutes of Health Research's Institute of Aging, which, as many of you know, supports research that promotes healthy aging and addresses causes, prevention, diagnosis, treatment and palliation for a wide range of conditions associated with aging. I also, like Dr. Béland, am a researcher who has been involved in the field of aging research for 30 years. Third, as some of my colleagues around the table have noted, I have just spent several years caring for a parent through his death. Many of the issues contained in your report resonate for me on personal and professional levels.

In terms of the areas that you have identified in the report, I will speak to several that were particularly prominent for me and I hope that in the subsequent discussion we can identify several more.

What is central to the range of recommendations that you have in Chapters 4 and 5, and what I will speak to, is the need for an evidence-based approach to policy and to reform. We understand that this really is the best way to support the health of our aging Canadians.

I will give you a couple of examples in which some of the research funded by the Canadian Institutes of Health Research, CIHR, is working to move forward a number of the recommendations from your report.

It is important to applaud you for your range of recommendations. When I met almost a year and a half ago with this committee, I spoke of a two-year consultation process that the Institute of Aging has engaged in across Canada with 250 to 400 seniors and their representatives across all five regions of Canada. I believe that we tabled the summary report of that consultation with you.

The issues they identified are central to many of your recommendations. The most prominent ones in our report were health promotion, health care and health services, and then the issue of the transition from independent living to living with assistance or some type of care which, in our reports, have been called the housing care continuum, which is central to your focus in Chapter 5.

As some of you may be aware, the Canadian Institutes of Health Research is Canada's premier agency for health research. Through CIHR, in 2006-07 the government invested \$85.4 million

[Traduction]

Anne Martin-Matthews, directrice scientifique, Institut du vieillissement, Instituts de recherche en santé du Canada : Je remercie les membres du comité de me permettre de m'adresser à eux aujourd'hui. Il s'agit de ma deuxième comparution à ce comité. Il est gratifiant de revenir ici pour discuter de certaines de vos recommandations.

Je comparais aujourd'hui à différents titres, le premier étant celui de directrice scientifique de l'Institut du vieillissement des Instituts de recherche en santé du Canada qui, comme beaucoup d'entre vous le savent, appuie la recherche qui fait la promotion d'un vieillissement en santé et traite des causes, de la prévention, du diagnostic, du traitement et des soins palliatifs relativement à un large éventail de maladies associées au vieillissement. Deuxièmement, je suis également, comme le Dr Béland, une chercheuse qui oeuvre depuis 30 ans dans le domaine de la recherche sur le vieillissement. Troisièmement, comme certains de mes collègues autour de la table l'ont fait remarquer, je viens de passer plusieurs années à prendre soin d'un parent jusqu'à son décès. Nombre de ces questions traitées dans votre rapport ont une résonance pour moi sur les plans personnel et professionnel.

Pour ce qui est des domaines que vous avez précisés dans le rapport, j'en aborderai plusieurs qui sont particulièrement importants pour moi, et j'espère qu'au cours de la discussion qui suivra, nous pourrions en cerner plusieurs autres.

Ce qui est essentiel, dans la série de recommandations qu'on trouve aux chapitres 4 et 5, et dont je vais parler, c'est la nécessité d'une approche reposant sur les preuves en ce qui a trait aux politiques et à la réforme. Nous comprenons qu'il s'agit réellement de la meilleure manière de favoriser la santé de nos Canadiens qui vieillissent.

Je vais vous donner quelques exemples de recherches financées par les Instituts de recherche en santé du Canada, ou IRSC, qui visent à donner suite à un certain nombre de recommandations figurant dans votre rapport.

Il est important de vous féliciter pour votre série de recommandations. Lorsque j'ai rencontré votre comité, il y a presque un an et demi, j'ai parlé d'un processus de consultation de deux ans que l'Institut sur le vieillissement avait entrepris partout au Canada auprès de 250 à 400 aînés et leurs représentants dans l'ensemble des cinq régions du Canada. Je pense que nous avons déposé le rapport sommaire de ces consultations auprès de votre comité.

Les questions dont nous ont parlé ces personnes sont au cœur d'un grand nombre de vos recommandations. Les sujets les plus importants, dans notre rapport, étaient la promotion de la santé, les soins de santé et les services de santé et, ensuite, la transition d'une vie autonome à un mode de vie nécessitant une assistance, ou un certain type de soins qui, dans nos rapports, étaient appelés continuum logement-soins, ce qui constitue un élément central de votre point d'étude, au chapitre 5.

Comme certains d'entre vous le savent peut-être, les Instituts de recherche en santé du Canada sont la première agence de recherche en santé au Canada. Par l'entremise des IRSC,

for research in aging. I will give a couple of examples of areas in which this research has addressed specific recommendations in your report.

In the chapter on healthy aging, you identify a range of recommendations for improved nutrition, prevention of obesity, mental health/dementia, housing, barrier-free design, issues related to mobility, and the building of a capacity in gerontological and geriatric specialization. These are all areas in which we have research and know what needs to be done. For most of these areas, a solid evidence base exists. It is important for that to be acknowledged as this committee moves forward with its recommendations.

Several of my colleagues have identified falling as a real and dangerous risk for seniors leading to broken bones, for many, signalling the end of independent living. One of the causes of falls, as we know, is the loss of sensation in people's feet as they age, making it difficult for them to stay balanced. One of the recent success stories in terms of taking an area from exploration through to research that is then tested in terms of the proof of principle, the workability of the concept, and then through to commercialization, is something called the Sole Sensor developed by a colleague, Stephen Perry, at Wilfrid Laurier University. It is a simple, inexpensive insole with a ridge inside it. When a person is about to lose his or her balance, he or she receives a sensation and a signal is sent to the brain, which alerts the person to the need to rectify his or her balance. This product became available in Canada in 2007 and is an inexpensive solution to a large problem; I want to emphasize that.

CIHR recently gave a Knowledge Translation Award to Vicky Scott of the University of Victoria for her work in training home support workers in falls risk assessments when they are in people's homes. Her work resulted in a remarkable 50 per cent reduction in falls over an 18-month period compared to homes where the workers did not have that training.

That is an example of where some of the recommendations in your report relating to training and qualifications of home support workers can be carried over to other areas and recommendations in your report; in this case, related to falls prevention.

You made a number of recommendations related to nutrition. Recently a screening tool called SCREEN. Seniors in the Community Risk Evaluation for Eating and Nutrition, was celebrated by CIHR through the Betty Havens Award for Knowledge Translation in Aging for use by practitioners when elderly clients come in for treatment and assessment.

en 2006-2007, le gouvernement a investi 85,4 millions de dollars dans la recherche sur le vieillissement. Je vais vous donner quelques exemples de recherches qui répondaient à des recommandations particulières de votre rapport.

Dans le chapitre sur le vieillissement en santé, vous précisez un ensemble de recommandations visant une nutrition améliorée, la prévention de l'obésité, la santé mentale et la démence, le logement, la conception d'installations sans obstacle, les problèmes liés à la mobilité, et la construction d'une capacité en matière de spécialisations gériatriques et gériatriques. Ce sont tous des domaines au sujet desquels nous effectuons de la recherche, et pour lesquels nous savons ce qu'il faut faire. Pour la plupart de ces questions, il y a une solide base de preuves. Il est important que ce fait soit reconnu, alors que ce comité va de l'avant avec ses recommandations.

Plusieurs de mes collègues ont désigné les chutes comme un risque sérieux et réel pour les aînés de se briser les os, ce qui équivaut, pour nombre d'entre eux, à la fin d'une vie indépendante. L'une des causes de ces chutes, comme nous le savons, est la perte de sensation dans les pieds qui se produit lorsqu'on vieillit, ce qui fait qu'il est difficile pour les personnes âgées de garder leur équilibre. L'un des récents exemples de réussite pour ce qui est d'amener un sujet de l'exploration à la recherche, pour ensuite faire la démonstration du principe et prouver l'applicabilité du concept, jusqu'à en faire la commercialisation, est une chose qu'on appelle Sole Sensor, et qui a été conçue par un collègue, Stephen Perry, de l'Université Wilfrid Laurier. Il s'agit d'une simple semelle bon marché comportant une crête qui crée une sensation et envoie un message au cerveau des aînés au moment où ils sont sur le point de perdre l'équilibre. Ce produit est devenu disponible au Canada en 2007, et il s'agit d'une solution bon marché à un problème important; je tiens à le souligner.

Les IRSC ont récemment donné à Vicky Scott, de l'Université de Victoria, un prix d'application des connaissances pour son travail de formation des préposés au soutien à domicile en vue d'évaluer les risques de chutes lorsqu'ils visitent les personnes chez elles. Son travail a donné lieu à une réduction remarquable de 50 p. 100 des chutes sur une période de 18 mois, en comparaison avec les maisons où les préposés n'avaient pas reçu cette formation.

Il s'agit là d'un exemple où certaines recommandations de votre rapport portant sur la formation et les qualifications des préposés de soutien à domicile peuvent s'appliquer à d'autres sujets et à d'autres recommandations de ce rapport, soit, en l'occurrence, la prévention des chutes.

Vous avez fait un certain nombre de recommandations relatives à la nutrition. Dernièrement, un outil de vérification appelé SCREEN, pour « Seniors in the Community Risk Evaluation for Eating and Nutrition », a été récompensé par les IRSC au moyen du prix Betty-Havens de l'application des connaissances dans le domaine du vieillissement, et cet outil est destiné à être utilisé par les praticiens lorsque des patients âgés les consultent à des fins de traitement et d'évaluation.

You also talked about issues of barrier-free design and design standards. Here in Ottawa, CIHR-funded researchers have been working with the Canadian design standard council in recommending enhanced designs for handrails and housing design in Canada. This past year the institute that I lead funded a number of demonstration projects specifically on issues related to mobility and aging, because we know that we need to take the knowledge we have gained from research and move it into products and services. Many of the recommendations in your report address areas in which we are gaining this evidence base.

You had a discussion earlier today on issues of dementia. The report focuses very much on issues of diagnosis of dementia, but I would also talk about issues of delay and prevention of onset of dementia.

Data from the United States suggests that if we could effect a five-year delay in the onset of Alzheimer's disease, we would cut its prevalence in the population by 50 per cent, and we are attempting now, with the Alzheimer Society of Canada, to generate equivalent data for the Canadian situation. The Institute of Aging has recently launched an initiative called RAPID, Research to Action Program in Dementia, where we are working with practitioners on issues of delay of onset.

I applaud a number of your recommendations in building capacity in training in the area of geriatrics and gerontology. There will be challenges in achieving that objective, as you will know, in terms of cooperation of medical schools, university programs and the developers of curriculum. However, we must move forward on that initiative. Some of your recommendations in that area relate very much to recommendations elsewhere in the report on accepting qualifications of immigrant health workers, for example. There might be top-ups in training or some kind of incentive related to that; we do not have to train everyone from scratch.

Because I knew Mr. Hollander and Dr. Béland would be speaking today on the issues in Chapter 5, I have not specifically addressed them in these remarks, but I note the importance of your recommendations on the qualifications of home care staff and support to caregivers. We have a strong evidence base in Canada in these areas. In fact, some of my own research focuses on the issues of training needs and immigrant workers caring for older people.

I have tried to highlight a couple of areas where the recommendations you have made are very consistent with an evidence base that we have developed through research in Canada. We can be proud of the work that Canadian

Vous avez également traité des questions de la conception d'installations exemptes d'obstacles et des normes de conception. Ici, à Ottawa, des chercheurs financés par les IRSC ont travaillé avec le conseil canadien des normes de conception pour la recommandation de constructions améliorées concernant les mains courantes et l'architecture domiciliaire au Canada. Au cours de l'année qui vient de s'écouler, l'institut que je dirige a financé un certain nombre de projets pilotes portant précisément sur les questions liées à la mobilité et au vieillissement, car nous savons qu'il nous faut traduire en produits et services les connaissances que nous avons acquises par la recherche. Nombre de recommandations de votre rapport traitent de domaines pour lesquels nous sommes en train d'acquérir cette base de preuves.

Plus tôt, aujourd'hui, vous avez discuté de questions liées à la démence. Le rapport est fortement axé sur les questions concernant le diagnostic de démence, mais je traiterais également du retardement et de la prévention de l'apparition de la démence.

Selon des données provenant des États-Unis, si nous pouvions retarder de cinq ans l'apparition de la maladie d'Alzheimer, nous réduirions d'environ 50 p. 100 sa prévalence au sein de la population, et nous tentons actuellement, avec la Société Alzheimer du Canada, de produire des données équivalentes pour ce qui est de la situation canadienne. L'Institut du vieillissement a récemment lancé une initiative appelée le PARD, ou Programme d'application de la recherche sur les démences, dans le cadre duquel nous travaillons avec des praticiens à la question du retardement du déclenchement des maladies.

J'applaudis plusieurs de vos recommandations visant à se doter d'une capacité de formation dans le domaine de la gériatrie et de la gérontologie. L'atteinte de cet objectif posera des défis, comme vous le savez, car elle est impossible sans la coopération des écoles de médecine, des programmes universitaires et de ceux qui élaborent les programmes éducatifs. Il ne faudrait toutefois pas y renoncer. Certaines de vos recommandations dans ce domaine sont liées de près aux recommandations qui figurent ailleurs dans le rapport concernant, par exemple, la reconnaissance des titres de compétence des travailleurs immigrants de la santé. On pourrait offrir des cours de mise à niveau de la formation ou d'autres genres d'incitatif en la matière; il n'est pas nécessaire d'offrir une formation complète à tous.

Parce que je savais que M. Hollander et le Dr Béland témoigneraient aujourd'hui au sujet des questions traitées au chapitre 5, je ne m'y suis pas expressément attardée, mais je note l'importance de vos recommandations concernant les compétences du personnel de soins à domicile et le soutien des aidants naturels. Nous disposons au Canada d'une bonne collecte de données dans ces domaines. En fait, une partie de mes propres recherches est axée sur les besoins de formation et sur les travailleurs immigrants qui dispensent des soins aux personnes âgées.

J'ai tenté de mettre en relief quelques domaines où vos recommandations concordent plutôt bien avec les faits que nous ont permis de recueillir les études menées au Canada. Nous pouvons nous estimer fiers du travail que font les chercheurs

researchers are doing in relation to issues of aging, but we must also note, as I indicated when I met with you some months ago, that much of the research we have done is short-term, small studies, local projects without a longitudinal focus.

The Canadian Longitudinal Study on Aging, which proposes to track upwards of 20,000 Canadians from the age of 45 onward for a 20-year period, will be commencing this fall in cooperation with Statistics Canada. That kind of initiative will be vital to our establishment of a rigorous evidence base for a number of the policy developments you are addressing here.

I am sitting beside a very successful example of CIHR-funded research. The SIPA project and many of the recommendations that came out of that initiative were funded through CIHR.

I have noted a number of specific recommendations and I look forward to discussing others with you this afternoon. Again, thank you for the opportunity.

The Chair: I wish to thank all of the presenters. The positive news is that no one indicated they did not like our recommendations, so presumably you did.

I will make a brief summation of what the committee heard today. We have heard from witnesses that there is a need for even greater emphasis on integrated care and that this type of care worked well in the past. We heard that we need respite guidelines with flexibility and that we need to ensure that the same services are available in hospice palliative care to Inuit and Aboriginal people in other areas of federal jurisdiction. We heard from witnesses that we need to place more emphasis on the six main components of palliative care.

The committee heard of the need for hospice and palliative care training in long-term personal care homes. The need to address chronic diseases and the high cost of diabetes was identified. The need for accreditation standards seems to be a theme. We heard of the need for prevention strategies and the need to get on with electronic health records. We heard of the needs of the frail elderly and the concept that case management must be a broader mandate to include such things as mobilization and control of services. There is a need for the Veterans Affairs program to recognize its need to become more integrated in terms of its delivery. We heard of the need for stable funding and health transition funding to be made permanent as well as the need to ensure that the research is evidence-based.

What I got out of the last presentation was that we should not be reinventing the wheel. We should acknowledge that good things are being done, and perhaps we should point out some of those good things so that those who look at this report do not

canadiens en matière de vieillissement, mais il faut aussi prendre note, tel que je l'ai dit lors de mon témoignage précédent, il y a quelques mois, qu'une grande partie de la recherche que nous avons faite est constituée de petites études à court terme, de projets locaux sans perspective longitudinale.

L'Enquête longitudinale canadienne sur le vieillissement, qui vise à suivre plus de 20 000 Canadiens à partir de l'âge de 45 ans sur une période de 20 ans, débutera à l'automne en collaboration avec Statistique Canada. Ce genre d'initiative sera vitale à l'établissement d'une preuve rigoureuse pour élaborer plusieurs politiques dont vous parlez.

Je suis assise à côté de quelqu'un qui travaille à un exemple plutôt réussi de la recherche financée par les IRSC. Le programme de recherche SIPA et de nombreuses recommandations issues de cette initiative sont attribuables aux IRSC.

J'ai pris note de plusieurs recommandations précises, et il me tarde de discuter d'autres recommandations avec vous cet après-midi. À nouveau, je vous remercie de m'avoir invitée.

La présidente : Je tiens à remercier tous les témoins. La bonne nouvelle, c'est que nos recommandations ne semblent déplaire à personne, de sorte qu'on peut présumer que tous y souscrivent.

Je vais récapituler brièvement ce que le comité a entendu aujourd'hui. Nous avons entendu des témoins dire qu'il fallait insister encore plus sur les soins intégrés et que ce genre de soins s'était révélé efficace dans le passé. Les témoins nous ont dit que nous avons besoin de lignes directrices en matière de soins de relève qui laissent suffisamment de marge de manœuvre et que nous avons besoin de faire en sorte que les mêmes services sont disponibles en soins palliatifs dans les centres de services pour les Inuits et les Autochtones dans d'autres secteurs de compétence fédérale. Nous avons entendu des témoins nous dire qu'il faut mettre davantage l'accent sur les six grandes composantes des soins palliatifs.

Le comité a entendu parler du besoin de formation en soins palliatifs et de centres de soins palliatifs dans les établissements de soins de longue durée pour les personnes âgées infirmes. Le besoin de tenir compte des maladies chroniques et du coût élevé du diabète a été cerné. Le besoin de normes d'accréditation semble être un thème qui revient souvent. Nous avons entendu parler du besoin de stratégies de prévention et du besoin d'aller de l'avant avec l'informatisation des dossiers en matière de santé. On nous a parlé des besoins des personnes âgées fragiles et du concept selon lequel la gestion des cas doit relever d'un mandat plus large de manière à y inclure des choses comme la mobilisation et le contrôle des services. Il faut que le programme relatif aux anciens combattants reconnaisse son besoin de mieux intégrer la prestation de ses services. On nous a parlé aussi du besoin de financement stable et de fonds de transition en matière de santé permanents ainsi que du besoin de faire en sorte que la recherche se fonde sur les faits.

Ce que j'ai retenu du dernier exposé était que nous ne devrions pas chercher à réinventer la roue. Nous devrions reconnaître les bonnes réalisations qui se font et, peut-être, mettre en valeur certaines d'entre elles pour que ceux qui lisent le rapport ne

think they have to go back to square one. Last, but not least, and something we perhaps unintentionally missed, was the need to support the longitudinal study. I would recommend that.

That is my summary. You are the experts. We do not pretend to be experts in this field, but we are trying to provide a report to the Canadian public indicating a pathway to better delivery of care for the aged in our communities.

Senator Keon: Thank you for your excellent critiques and presentations. I will not address my question or remarks to anyone specifically. I would like to hear all of your comments. As our chair said, there are a tremendous number of good things happening out there, all the way from research and development to application. The exploitation of these good things for the benefit of the patients remains a huge problem. The navigation of the system is huge for people who find themselves in this predicament. I recall that from my own days as a health professional.

For example, a 92-year-old gentleman is bruised because he has collapsed and has fallen; he needs a pacemaker. We give him the pacemaker, but that does not cure him. He is 92 years of age and has come to the moment of truth in life. He does not know where to go and neither does his family. The acute care facility is anxious to find somewhere else for the man in order to free up the bed for someone else.

My own feeling, having lived with this for about 35 years in the system, is that we were never able to integrate what we had at the community level. Getting into the definition of community can be a very complex undertaking. Whether you consider Ottawa a community or whether there should be 20 communities within Ottawa becomes the question. Many of the services and much of the knowledge that must be translated is way up there at 30,000 feet.

It seems we have many good things happening at an elevated level, but we have not been able to find a way of integrating health and social services at the community level the way they should be so that the health professionals, social service professionals and others involved can act as navigators. The aging person and his or her family are not navigators. Currently, they are frantically trying to be navigators.

I think you get the gist of the question. Maybe you could start, Dr. Béland. I would like all of you to comment on how we can say something useful in our report about the ideal way to integrate properly what we have here today, and things will get better tomorrow. If people knew how to access and navigate the services, they would be so much better off.

[Translation]

Dr. Béland: Recently, I presented the results of the SIPA program in Ontario. I told my listening audience that the one lesson it was important to remember from this experience was that these initiatives could be applied to their community, based

on the idea that we should not go back to square one. Last, but not least, and something we perhaps unintentionally missed, was the need to support the longitudinal study. I would recommend that.

Voilà en gros ce que j'ai retenu. Vous êtes les experts. Nous ne prétendons pas être des experts dans ce domaine, mais nous tentons de fournir au public canadien un rapport qui indique la voie vers une meilleure prestation de soins pour les membres âgés de notre société.

Le sénateur Keon : Je vous remercie de ces excellentes critiques et de vos exposés. Je ne m'adresse pas à un témoin en particulier. J'aimerais connaître vos opinions à tous. Comme notre présidente l'a dit, il se fait beaucoup d'excellentes choses, des travaux de R-D à l'application. Cependant, il demeure difficile de les mettre à profit pour le bénéfice des patients. Il est très difficile pour les personnes qui se retrouvent dans le besoin de s'y retrouver dans le système. Je m'en souviens, de la période où je travaillais comme professionnel de la santé.

Par exemple, un monsieur de 92 ans est tout ecchymosé parce qu'il s'est évanoui et qu'il a fait une chute. Il a besoin d'un stimulateur cardiaque. Nous le lui donnons, mais cela ne le guérit pas. Il a 92 ans et arrive au moment de vérité dans la vie. Il ignore où aller, tout comme sa famille d'ailleurs. L'établissement de soins actifs est impatient de lui trouver une place afin de libérer le lit pour un autre malade.

L'impression que je retiens de mes 35 années de service environ dans ce système, c'est que nous n'arrivions jamais à intégrer ce que nous avions au niveau communautaire. C'est une entreprise très complexe que de chercher à définir la communauté. Il faudrait alors savoir si l'on considère Ottawa comme une communauté ou si elle n'englobe pas en fait une vingtaine de communautés. Nombre des services et une grande partie des connaissances dont on a besoin flottent dans les hautes sphères.

Il semble se faire beaucoup de bonnes choses dans les hautes sphères, mais nous avons été incapables de trouver un moyen d'intégrer les services de santé et les services sociaux au niveau communautaire comme ils devraient l'être pour que les professionnels de la santé et des services sociaux et les autres puissent aider ces personnes à naviguer dans le système. La personne qui vieillit et sa famille ne sont pas des navigateurs. Actuellement, ils tentent frénétiquement de le devenir.

Je crois que vous saisissez le fond de la question. Docteur Béland, vous pourriez peut-être commencer. J'aimerais que vous nous disiez tous de quelle manière nous pourrions insérer dans notre rapport des suggestions utiles quant à la manière idéale de bien intégrer ce que nous avons actuellement pour rendre encore meilleur les services que nous offrons plus tard. Si les gens savaient comment avoir accès aux services et naviguer dans le réseau, ils s'en sortiraient beaucoup mieux.

[Français]

Dr Béland : J'ai présenté dernièrement les résultats de SIPA en Ontario et j'ai dit aux gens présents que ce qu'ils doivent retenir de l'expérience SIPA, c'est ce qui leur apparaissait possible d'y appliquer dans leur milieu et en fonction des ressources

on available resources. In terms of applying these integrated models, I do not think there is only one possible approach, but rather various approaches adapted to local conditions. It is important to remember a few of the broad principles underlying these integration models. But here again, when real situations arise, compromises must be made.

When we developed the SIPA model, we felt it was important to integrate all social and health services. The key to any health care system is money, just as money plays a role in all human activities. We felt that all budgets and financial resources should be controlled by SIPA in order to ensure that all frail seniors in a given region receive the services they need. Hospital budgets, drugs, home services, housing and so forth would all come under SIPA's umbrella. Budgetary oversight would allow the program to strike a balance between the needs of each frail senior and available resources.

Take, for example the special insole mentioned by Ms. Martin-Matthews a few minutes ago. With a highly centralized system, it would be very difficult to ensure that seniors are outfitted with this insole. However, if health care budgets were under local SIPA control, the scenario would be quite a different. The thinking would go something like this: 1) some frail senior are prone to falling; 2) each time a senior has a fall, it results in hospitalization costs in the order of "X," a far from insignificant amount; 3) if 50 per cent of all falls could be prevented with the help of this insole, then it is worth supplying this insole to persons at risk of falling; therefore 4) persons at risk will be outfitted with this insole under the terms of a health care protocol. This ideal funding system is tied to individual needs and local officials have decision-making powers.

Consider the example of home care. Virtually all home care services will maintain that home care costs \$10,000 or \$15,000 per year, and that the impact on their budgets is significant.

However, a publicly-funded spot in a long-term care facility in Quebec costs about \$50,000 a year. A reasonable person would argue that if it costs \$50,000 a year to house someone in an institution, then up to \$49,000 could be spent on home care and there would still be savings of one dollar a year. And yet, virtually no one in Canada's public health services sector seems capable of comprehending this fact.

Admittedly, if home care costs total \$15,000 per year, then the person in question likely has so many functional problems that he qualifies for placement in a long-term care facility. Thus, we prefer to spend \$50,000 a year for long-term care than \$15,000 for home care.

And while home care service providers find this logic to be quite sound, the implications for the overall system are catastrophic. Clearly, the problem is to find a way to implement a policy based on a sound reasoning and financial incentives.

disponibles. Si l'on s'attarde à l'application de ces modèles intégrés, je ne crois pas qu'il n'y ait qu'une seule formule à retenir, mais plusieurs formules adaptées aux conditions locales. Il faut retenir quelques grands principes à la source des modèles d'intégration, mais là encore, des compromis devront être faits dans les cas concrets.

Lorsque nous avons développé le modèle SIPA, il nous apparaissait important de tout intégrer tous les services sociaux et de santé, et le nerf de la guerre dans tout système de santé, comme dans à peu près toutes les activités humaines, c'est l'argent. Nous nous sommes dit que SIPA contrôlerait l'ensemble du budget et des ressources financières que l'on peut prévoir nécessaires pour assurer à l'ensemble des personnes âgées fragiles d'un territoire les services qu'elles requièrent. SIPA contrôlera donc les budgets hospitaliers, des médicaments, des services à domicile, des établissements d'hébergement, et cetera. Le contrôle budgétaire permettra au SIPA d'établir les équilibres nécessaires entre les ressources requises autour des besoins de chacune des personnes âgées fragiles.

Prenons l'exemple de cette semelle adaptable mentionnée par Mme Martin-Matthews il y a un instant. Il serait difficile dans un système très centralisé d'assurer cette semelle. Mais si le SIPA local contrôle le budget pour les services de santé, la question se posera autrement. Le raisonnement procédera ainsi : 1) j'ai des personnes âgées fragiles qui chutent; 2) chaque fois qu'une personne chute, cela me coûte un montant « X » en hospitalisation, soit une fortune; 3) si je suis capable d'économiser 50 p. 100 des chutes grâce à la semelle, cela vaut la peine de la fournir aux personnes à risque de chuter; 4) je prends la décision de fournir cette semelle en fonction d'un protocole de soins. C'est un système idéal de financement relié aux besoins des gens qui permet aux responsables locaux de décider.

Prenons l'exemple des services à domicile. À peu près tous les programmes de services à domicile vous diront que dès que cela coûte 10 000 \$ ou 15 000 \$ par année en services à domicile, c'est une catastrophe pour leur budget.

Maintenant un hébergement coûte au Québec, en argent public, à peu près 50 000 \$ par année. Un raisonnement marginaliste dirait que si cela coûte 50 000 \$ par année pour institutionnaliser quelqu'un, je pourrais mettre jusqu'à 49 999 \$ en services à domicile et j'économise encore un dollar par année. Mais à peu près personne dans les services publics de santé au Canada n'est capable de mettre ce raisonnement marginaliste en application.

Il faut convenir qu'à 15 000 \$ par année en services à domicile, cette personne a tellement de problèmes fonctionnels qu'elle est admissible en CHSLD. On préfère donc dépenser 50 000 \$ par année en CHSLD que 15 000 \$ en services à domicile.

Si, pour les établissements de services à domicile, cette logique est impeccable; pour l'ensemble du système, elle est catastrophique. Le problème, évidemment, c'est de mettre en application une politique autour d'incitations financières qui

As matters now stand, I do not believe that any one provincial government would be in a position to implement a policy of this kind.

Implementing an integrated system with financial provisions and positive incentives can only be done gradually. One of the first steps would be to adopt a case management approach, supported by a multidisciplinary team with responsibility for providing a range of services to the public. These steps can be taken virtually everywhere. However, to say that a case management approach will be taken to allow people to navigate through the system on their own will only give the kind of results noted in the major United States inquiry *Channeling*. This inquiry found that a single case manager cannot truly mobilize all of the services required. Of course, we can fool ourselves into thinking that these things only happen in the United States and never in Canada.

There are a number of steps in the process of implementing an integrated system. However, one step does present some very real problems — and the experiences of seniors involved in SIPA highlighted this very clearly. It must be remembered that the seniors participating in the SIPA program had a range of disabilities and health problems. One of the problems encountered was integrating front-line doctors. When a front-line doctor's next patient is a frail senior, the timing of the appointment becomes problematic. For starters, because of mobility issues, it takes the frail senior much longer to settle down in the office. The doctor must then communicate with the senior or with the person accompanying him. The appointment might end up lasting 45 minutes. These doctors who are paid according to the number of patients they see cannot afford to spend this amount of time on the seniors. The system in place governing the remuneration of doctors is totally incomprehensible. It cannot work.

Geriatric nurses could be called upon to play a key role in managing access to medical services. They could be in contact with the case manager and multidisciplinary team and could even be a member of this team. This relationship would ensure real continuity in terms of medical needs and ongoing monitoring by medical and social services.

So many things can be done. Some initiatives are more modest in scale, while others require considerable effort. However, actions must be taken in proper sequence. One system cannot be applied across Canada. For instance, one system cannot be applied in Montreal where there are several hospitals and where there is no territorialisation of hospital service sectors or long-term care facilities, unlike the situation in a community such as Arthabaska where relations between facilities and care providers are much simpler.

It is not possible to have a single integrated services model. However, several principles could be followed: people could consider a sequence of steps to implement and then perhaps put these to the test using scientific evaluation protocols. A pilot project could be carried out under the HTF, and could go further than what was done under the SIPA or PRISMA programs in

permettre d'appliquer un raisonnement marginaliste. Je ne pense pas qu'actuellement, il y aura un seul gouvernement provincial en mesure d'implanter une telle politique.

L'implantation de système intégré, avec des modalités financières qui favorisent les bonnes incitations, ne peut pas se faire que de façon graduelle. Une des premières mesures pourrait être d'instaurer la gestion de cas, mais appuyée d'une équipe multidisciplinaire, et qui a la responsabilité de l'ensemble de services à une population. C'est trois choses sont faisables à peu près partout. Mais dire qu'on va instaurer la gestion de cas pour permettre aux gens de naviguer, dans un contexte où elle exerce de façon isolée est de reproduire les conditions de la grande enquête américaine *Channeling*. Elle a démontré qu'un seul gestionnaire de cas ne réussit pas véritablement à mobiliser les services requis. Évidemment, on peut prétendre que ces choses n'arrivent qu'aux États-Unis et non au Canada.

Il y a un certain nombre d'étapes à franchir dans l'implantation d'un système intégré. Une autre étape vers l'intégration est très difficile à implanter — et les difficultés éprouvées par les personnes âgées du SIPA le montrent bien —, en se souvenant que les gens recrutés dans SIPA avaient de multiples incapacités et problèmes de santé. L'une des difficultés du SIPA a été l'intégration des médecins de première ligne. Lorsqu'un médecin de première ligne voit arriver une personne âgée fragile, la durée d'un rendez-vous devient un problème. Pour commencer, les problèmes de mobilité ralentissent considérablement l'installation dans l'officine, puis les communications doivent se faire avec la personne âgée et celles qui l'accompagnent, et finalement le rendez-vous aura duré trois quarts d'heure. Payé à l'acte, ces médecins ne survivent pas, on ne peut pas faire cela. Le système de paiement des médecins est complètement incohérent. Il ne peut pas fonctionner.

Ensuite, on peut imaginer que des infirmières gériatriques pourraient avoir un rôle central pour gérer l'accès aux services médicaux. Elles pourraient être en contact avec le gestionnaire de cas, avec l'équipe multidisciplinaire, et pourraient aussi faire partie de cette équipe, de telle sorte qu'il y ait un véritable contact entre les besoins médicaux, le suivi médical et le suivi social.

Tant de choses peuvent être faites; quelques-unes sont plus modestes, d'autres demanderont beaucoup plus d'énergie. Mais il faudrait proposer des séquences d'implantation. Nulle part au Canada on aura une seule et même formule, le système ne peut pas être le même à Montréal, par exemple, où il y a plusieurs hôpitaux, où il n'y a pas de territorialisation des secteurs de desserte des hôpitaux, ni des établissements d'hébergement, les CHSLD, que dans un milieu comme Arthabaska, par exemple, où tout est territorialisé et où les relations entre les établissements et les prestataires de soins sont beaucoup plus simples.

On ne peut pas avoir un seul modèle de services intégrés, mais on pourrait avoir quelques principes d'action; on pourrait proposer aux gens une façon de faire une séquence des choses importantes à implanter et effectivement, ensuite, peut-être les tester en utilisant des protocoles d'évaluation scientifique. Utiliser un FASS de façon à aller beaucoup plus loin que ce qu'on a fait à

Quebec, or under the CHOICE program in Alberta. An HTF pilot project could also be carried out in close cooperation with, for example, the Canadian Health Services Research Foundation.

There are so many things that we can do!

[English]

Mr. Juzwishin: I think it is an intriguing question. I would like to respond within a historical context because I believe it is a great example of where the successes of our forefathers have actually come to be the reason why we are struggling with these issues.

In 1948, we saw the establishment of the hospital grants and in 1958, Parliament passed the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act. In 1968, physician services became accessible to all Canadians across the country. In the 1970s along with comprehensive continuing care, we had tremendous success in being able to develop a medical and institutionalized orientation to health care within society. In the 1980s, with the retrenchment of the ability to be able to sustain those kinds of costs, we reverted to a regionalization program across this country which then began to fragment everything. We hear the cry for navigators to help patients find their way through the system. Our parents and grandparents need navigators to help them navigate their way through the silos and islands of the system.

You have identified the kinds of best practices there are across the country. We can shine a light on these best practices to spread them out throughout the country while providing encouragement and inducement incentives. The word "innovative" was used earlier. We are not very good at rewarding innovation within our settings primarily because they do not fit within the columns of accounting that we are using.

There are all kinds of financial incentives — and you have already spoken to many of them — that actually keep people from doing the right thing or encouraging people to stop doing many things that may not necessarily, based on evidence, be all that effective. In fact, because they are the way I make my living, I am really not going to change the way I deliver care.

To achieve the kind of integrated community setting we would like to have, I think it is necessary to take a hard look at the disincentives found in the system. If you put the incentives in place, the other will follow. People will generally follow the money and that will be a fairly strong incentive for you to be able to put into operation.

Ms. Baxter: I have a 94-year-old grandmother who has dementia and about two years ago, we had to put her in a long-term care facility because we could not keep her safe any more. My mother had to retire because of her efforts to figure out the system; the phone calls, the site visits, et cetera. We all

SIPA, ou que ce que PRISMA a fait au Québec ou encore que ce que CHOICE a fait en Alberta, de telle sorte qu'on puisse voir concrètement comment cela fonctionne. Un FASS pourrait aussi avoir une politique très forte de collaboration, par exemple, avec la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé pour diffuser ce genre d'expérience.

Il y a tellement de choses que l'on peut faire!

[Traduction]

M. Juzwishin : La question est intrigante. J'aimerais y répondre dans un contexte historique parce qu'il illustre des succès de nos ancêtres et explique pourquoi nous sommes aux prises avec ces problèmes.

En 1948, on a commencé à subventionner les hôpitaux et, en 1958, le Parlement a adopté la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques. En 1968, les services des médecins sont devenus accessibles à tous les Canadiens partout au pays. Durant les années 1970, nous avons remporté beaucoup de succès dans l'élaboration d'une orientation médicale et institutionnalisée aux soins de santé dans notre société, de même que dans l'offre de soins continus complets. Durant les années 1980, quand la société canadienne n'était plus capable de soutenir ce genre de coûts, nous sommes revenus à un programme de régionalisation partout au pays, ce qui a entraîné une balkanisation des services. Nous avons entendu le cri en faveur d'un navigateur pour aider les patients à s'y retrouver dans le système. Nos parents et nos grands-parents ont besoin de navigateurs pour les aider à s'y retrouver parmi tous les compartiments et îlots du système.

Vous avez cerné les pratiques exemplaires qui existent au Canada. Nous pouvons les mettre en lumière afin qu'elles se répandent partout au Canada tout en offrant de l'encouragement et des incitatifs. Le mot « innovateur » a été utilisé tout à l'heure. Nos structures ne récompensent pas beaucoup l'innovation essentiellement parce qu'elle ne représente aucune réalité dans nos livres comptables.

Il existe toutes sortes de stimulants financiers — et vous en avez déjà abordé un bon nombre — qui empêchent en réalité les gens de bien faire ou d'encourager les autres à cesser de poser de nombreux actes qui pourraient bien ne pas être forcément si efficaces, si l'on se fie à ce que nous révèlent les faits. En fait, parce qu'ils représentent la façon dont on gagne sa vie, on ne va pas vraiment changer la façon de dispenser des soins.

Pour réaliser ce genre de contexte communautaire intégré dont nous rêvons, il est nécessaire selon moi d'examiner de près les désincitatifs que comporte le système. Si vous mettez en place des incitatifs, le reste suivra. Les gens vont en règle générale là où se trouve l'argent, et ce sera un incitatif plutôt puissant pour pouvoir mettre tout cela en oeuvre.

Mme Baxter : J'ai une grand-mère démente de 94 ans et, il y a deux ans environ, nous avons dû la placer dans un établissement de soins de longue durée parce que nous ne pouvions plus assurer sa sécurité. Ma mère a dû prendre sa retraite parce que ses efforts en vue de comprendre le système, les appels téléphoniques, les

have those stories to tell and I am thrilled that you have spoken about patient navigators. I think such navigators will be key to the proper running of the system.

However, you can look at it in different ways. We have talked about case managers. In the 2004 health accord as it pertained to palliative home care, they moved towards instituting case managers in the areas of pharmaceutical medications, nursing care, personal care and case managers. Someone had some insight back in 2004. It was patient and family centred. For those jurisdictions across the country — and we are just getting our progress report ready now and we have done a survey across the jurisdictions — that have done good case management. I think we have seen better family supports and possibly better integration and services so people are going into the right service at the right time. I believe that is key.

When the system collapses, particularly around end of life and the family is left to waver in the wind and try to figure out what to do, often having someone there to help you manage the system is what is important. For end of life, it is one of the most important things.

I encourage you to look at that. As much as the system's approach is important, it is quite incredible that the acute care system does not work well with the long-term care system that does not work well with the home care system, and people become stagnated in certain places because we have not figured out the long-term care bed system because they are in acute care. Those types of systems approaches are very important.

I also want us to bring back to the whole patient and family navigator thing. We need to keep in mind a parent-centred approach. We can talk about these big systems, and in the end the patients and the families become lost. We need to look at case management in both ways: How to get the systems better integrated, but also how to support the patient and the families during these stressful times.

Mr. Hollander: What is important is to bring together the range of services that seniors need and to help them navigate through the system. What would be helpful is a system of care designed for the needs of seniors that allows clinicians to do their work in the most effective manner.

There are some misunderstandings about larger systems; that they somehow take over and so on. Appropriate larger systems of care, whether local or more broadly based are ones that start with the patient first and the notion of supporting the clinician, the notion of allowing people to go through the system in a way where their needs are met most appropriately by the kinds of responses that can be provided by the system.

visites des lieux et tout le reste absorbaient trop de son temps. Nous avons tous des histoires du même genre à raconter, de sorte que je me réjouis que vous ayez parlé des navigateurs pour les patients. J'estime que de pareils navigateurs seraient la clé du fonctionnement efficace du système.

Toutefois, il existe différentes façons d'examiner la situation. Nous avons parlé des questionnaires de cas. Dans l'accord sur la santé de 2004, dans la partie concernant les soins palliatifs à domicile, on s'est orienté vers le recours à des questionnaires de cas pour les fournitures pharmaceutiques, les soins infirmiers et les soins personnels. Quelqu'un, en 2004, était lucide. L'approche était axée sur le patient et sa famille. Dans les juridictions du Canada — nous sommes en train de préparer notre rapport d'étape et nous avons fait une étude de toutes les juridictions — qui ont fait une bonne gestion de cas, nous avons observé un meilleur soutien de la famille et, peut-être, une meilleure intégration et de meilleurs services, de sorte que les personnes sont orientées vers le bon service au moment opportun. Je crois que c'est là l'essentiel.

Quand le système s'effondre, particulièrement en fin de vie, et que la famille est laissée à ses propres moyens pour essayer de décider de ce qu'il faut faire, souvent, la présence d'une personne pour aider à gérer le système est importante. C'est l'une des plus importantes choses en fin de vie.

Je vous encourage à examiner cette question. Autant l'approche du système est importante, autant il est incroyable que le système de soins actifs ne fonctionne pas bien en parallèle avec le système de soins de longue durée qui lui-même n'est pas arrimé au système de soins à domicile. Des personnes font du surplace à certains endroits, parce qu'on n'arrive pas à leur trouver un hébergement dans un établissement de soins de longue durée et qu'elles doivent donc attendre dans un établissement de soins actifs. Ce genre d'approche à l'égard des systèmes a beaucoup d'importance.

J'aimerais aussi que nous reparlions de toute cette histoire de navigateur pour le patient et la famille. Il faut conserver une approche axée sur la famille. On peut parler de ces gros systèmes, mais en bout de ligne, les patients et les familles s'y perdent. Il faut examiner la gestion des cas par les deux bouts de la lunette : comment mieux intégrer le système, tout en soutenant le patient et sa famille durant cette période de grand stress.

M. Hollander : L'important, c'est de réunir toute la gamme de services dont ont besoin les personnes âgées et d'aider celles-ci à naviguer dans le système. Il serait utile d'avoir un système de soins conçu pour répondre aux besoins des personnes âgées qui permet aux cliniciens de faire leur travail de la manière la plus efficace.

Il existe certains malentendus au sujet des systèmes les plus importants; on prétend qu'ils subordonnent tout et tout le reste. Les systèmes étendus de soins qui conviennent, qu'ils soient locaux ou aient une base plus étendue, sont ceux qui placent le patient en premier et qui partent du principe qu'il faut soutenir le clinicien, qui permettent aux gens d'être traités de la façon qui répond le mieux à leurs besoins grâce aux genres d'interventions que peut fournir le système.

Let us call it a “system” for purposes of discussion. What you need is a system that has a broad range of services, which includes the things that seniors need: Community services, home-support services, nursing services and linkages to primary-care services. They also may go to facilities, so it would be useful if they are in that system, and even specialized assessment centres and hospitals and so on.

If you have a broad range of services all under one umbrella, then you can make policies so that they are designed to assist the person to go through the components of that system. If they are separated into departments for home care, residential care and home support and so on, you continue to have barriers based on eligibility and a range of other things. In fact, I would argue that kind of system is not particularly efficient or cost-effective, and it is not good for the patient. Clients find roadblocks as they try to go from one type of service to another or to get a range of services. In terms of budgets, each of those areas is trying to increase its own budget rather than looking for best value for money in the system as a whole.

First, you need a broad range of services. Once you have that, you need very good system-level case management that provides a number of things, not just navigation although navigation is an important aspect. Coordination is another aspect that includes linkages with areas outside the system to try to obtain the best care. It includes the ability to authorize service so that as a case manager — whether working individually or in a multidisciplinary team where the team itself might be a case manager — one looks at the real needs of that individual and authorizes the services that the person needs.

Those are some of the key aspects. What is interesting is if you look at the literature, many of these elements and characteristics are common, whether dealing with local or more broadly based systems. Certainly, in Canada, the SIPA system and the PRISMA system in Quebec share many of the same kinds of things I am talking about. The system we had in British Columbia is also similar in many of those issues. A lot of it has to do with having a broad range of services, a single administrative authority, a single budget, and the ability to have someone advocate on behalf of the client and help them go through that system. The person needs someone to advocate not just navigate because then you might be dealing with different organizations saying they will look after this person or they cannot because of this reason, and so on. They must be able to authorize services.

If you have those things in place, you are a fair way to reaching the goal. I think Senator Keon has expressed the problem. This type of systemic approach is the solution to that problem. We have had it on a broader provincial-based system in the

Aux fins de la discussion, utilisons l'expression « système ». Ce qu'il faut, c'est un système qui offre une vaste gamme de services, y compris ceux dont ont besoin les personnes âgées : des services communautaires, des services de soutien à domicile, des services infirmiers et des liens avec les services de soins de première ligne. Les personnes âgées peuvent aussi être hébergées dans des établissements, de sorte qu'il serait utile que ceux-ci soient intégrés au système, de même que les centres d'évaluation spécialisés, les hôpitaux et tout le reste.

Si une vaste gamme de services est réunie sous un seul organisme, alors vous pouvez élaborer des politiques de manière à ce qu'elles soient conçues pour aider la personne à passer par les diverses composantes du système. Si on les sépare en différents services (soins à domicile, soins en établissement, soutien à domicile et ainsi de suite), on continue de dresser des barrières en fonction de l'admissibilité et de toute une gamme d'autres critères. En fait, à mon avis, ce genre de système n'est pas particulièrement efficace ou rentable, et il n'est pas bon pour le patient. Les clients se frappent à des obstacles quand ils tentent de passer d'un genre de service à un autre ou d'obtenir une gamme de services. En ce qui concerne les budgets, chacun de ces secteurs tente d'accroître le sien plutôt que de chercher à rendre le système le plus rentable possible.

Tout d'abord, il faut offrir toute une gamme de services. Une fois que c'est en place, on a besoin à l'échelle du système d'une excellente gestion des cas qui offre plusieurs choses, pas seulement la navigation bien que celle-ci représente un aspect important. La coordination est un autre aspect qui inclut des liens avec les services qui ne sont pas intégrés au système pour essayer d'obtenir les meilleurs soins. Cela inclut la capacité d'autoriser le service de sorte que, en tant que gestionnaire de cas — que ce soit à titre individuel ou au sein d'une équipe pluridisciplinaire où l'équipe elle-même pourrait gérer les cas —, on tient compte des besoins réels de la personne et on autorise les services dont elle a besoin.

Ce sont là certains des aspects clés. Fait intéressant, si vous examinez la documentation, bon nombre de ces éléments et de ces caractéristiques sont courants, qu'il s'agisse de systèmes locaux ou plus étendus. Au Canada, le système SIPA et le PRISMA au Québec ont en commun assurément bon nombre des choses dont je parle. Le système que nous avons en Colombie-Britannique est aussi analogue, à de nombreux égards. Une grande partie concerne l'offre d'une vaste gamme de services regroupés sous une seule autorité administrative, un budget unique et la capacité d'avoir quelqu'un qui défend les intérêts du client et qui l'aide à naviguer dans le système. La personne a besoin de quelqu'un pour défendre ses intérêts, pas seulement pour naviguer, sans quoi vous vous retrouverez peut-être avec différents organismes qui affirment qu'ils vont prendre cette personne en charge ou qu'ils ne peuvent pas pour telle raison, et ainsi de suite. Il faut qu'ils puissent autoriser les services.

Si tout cela est en place, vous disposez d'un moyen équitable d'atteindre l'objectif. C'est le sénateur Keon, je crois, qui a décrit le problème. Ce genre d'approche systémique est la solution. Elle a déjà existé au Canada, dans le cadre d'un système plus vaste

past in Canada. I think we have good examples of it now, where they are more developed locally and for people with higher care needs with SIPA and PRISMA.

I supplied documents to the staff of the committee. The first is a paper we had published in *Healthcare Quarterly*, where there are three briefing notes: One on the importance of integrated models of care; one on the importance of long-term home care and home support services; and one on the importance of providing appropriate support to informal family caregivers.

The second paper is what we call a best-practices framework for organizing care-delivery systems for people with ongoing care needs. There are 10 best practices. I may have alluded to this in my previous presentation, so I will not go over it again. There is a blueprint 10 specific best practices. If you set up a system with these best practices and have people who are competent to manage that system, there is a very good chance that most of the issues Senator Keon expressed would be significantly reduced or mitigated.

It is a framework because we recognize one needs to adapt things locally. It also applies to broader issues like children with special needs and so on. It is basically a higher-level blueprint. If you are thinking about what we can do to provide better care, then it is a good starting point for anyone who wants to develop a well-functioning system of care for the elderly in their area, region, or province. I have made those papers available.

I agree with Dr. Béland that administrative and fiscal control will be key. Let me give you one example of why because sometimes, when I discuss these things, they get abstract. I can tell you that when I think about them, I think about the client, the clinician and how the system can support those people and that is essentially the fundamental basis on which it should be developed.

In British Columbia, we had a system where we had residential care and community care, et cetera. One of the conditions was that people had to buy into the provincial policies that applied to the whole system of care to be in the system. What would happen on occasion is there might be a facility that might be reluctant to take a particular client; it might have preferred the third person down on the list because that person would be easier to care for and so on. One would have to meet with the person and point out that there are policies that must be followed whether agreeable or not. Not in a heavy-handed way; obviously we had discussions.

The point of this is that you need to be able to look at things from this broader systems perspective in terms of what is best for the client and to have administrative and financial levers that allow you to take the steps necessary to ensure that the kinds of services you think are best for the client can actually be provided.

basé sur les provinces. Je crois que nous en voyons de bons exemples actuellement, il existe des systèmes qui sont davantage développés au niveau local à l'intention de personnes qui ont de plus grands besoins de soins, dans le cadre du SIPA et de PRISMA.

J'ai remis des documents au personnel du comité. Le premier est un document que nous avons publié dans *Healthcare Quarterly*, qui regroupe trois notes d'information : une sur l'importance de modèles intégrés de soins; une autre sur l'importance des soins à domicile de longue durée et des services de soutien à domicile; et une dernière sur l'importance d'offrir un soutien convenable aux proches qui sont des aidants naturels.

Le deuxième document est ce que nous appelons un cadre des pratiques exemplaires pour les systèmes structurés de prestations de soins à ceux qui ont des besoins de soins permanents. Il existe dix pratiques exemplaires. J'en ai peut-être parlé dans ma déclaration, de sorte que je n'y reviendrai pas. Il s'agit d'un plan détaillé de dix pratiques exemplaires précises. Si vous mettez en place un système qui recourt à ces pratiques exemplaires et que vous avez en place des personnes compétentes pour gérer le système, il y a de fort bonnes chances que la plupart des problèmes décrits par le sénateur Keon seront considérablement réduits ou atténués.

C'est un cadre, parce que nous reconnaissons l'importance de l'adapter localement. Il s'applique également à d'autres domaines de la santé, comme aux enfants ayant des besoins spéciaux. Il s'agit d'un plan détaillé. Si vous vous demandez comment améliorer les soins, c'est un bon point de départ pour mettre sur pied un système efficace de soins pour les personnes âgées dans une région ou une province donnée. Je vous ai déjà fourni les documents pertinents.

Je suis d'accord avec le Dr Béland lorsqu'il parle de l'importance du contrôle administratif et financier. Je vais vous donner un exemple, parce que parfois c'est un peu abstrait. Je pense aux clients, aux cliniciens et à la façon dont le système peut les aider, et c'est le principe de base.

En Colombie-Britannique, le régime offrait notamment des soins en établissement et des soins communautaires. L'une des conditions à remplir, c'était de respecter les politiques provinciales s'appliquant à l'ensemble du système. Parfois, un établissement était peu disposé à offrir des soins à un client particulier; il préférerait la troisième personne sur la liste parce qu'elle requerrait moins de soins. Dans ces cas, on rencontrait les responsables de l'établissement et leur indiquait que les politiques devaient être respectées, que ça leur plaise ou non. Il ne s'agissait pas de leur forcer la main, mais plutôt de les convaincre.

Le fait est qu'il faut avoir une vue d'ensemble du système, pour déterminer ce qui convient le mieux aux patients, et les moyens administratifs et financiers nécessaires, pour effectivement offrir ces services.

[Translation]

Senator Chaput: Thank you for your very interesting presentations. My first question will be directed to Dr. Béland, but all of you can respond.

You told us the story of a fictional person by the name of Mr. Pilon. Had this person had access to an integrated health services system such as SIPA, would he have been able to continue living in an independent seniors residence?

Dr. Béland: This person was suffering from bladder cancer, heart disease, depression and osteoarthritis. A range of health care protocols apply to persons with a complex medical history and few functional limitations. Specifically, there is a protocol in place for treating persons suffering from depression, and another for persons with heart disease. These protocols would have been applied in this case and we would have made sure that this person received the care he needed. Since he was suffering from four chronic illnesses, there would possibly have been integration problems from the standpoint of patient medication and monitoring.

We would have made sure that this individual had a family doctor and the case manager would have contacted the family doctor.

Specifically, SIPA had a protocol for falls. That protocol would have gone into operation. Then the person might well not have fallen in the first place, and gone to hospital. The sequence of events would have been broken at the outset. But let us just assume that the person did fall — not everything can be prevented. At that point, the person would have been brought to hospital. There was an agreement between SIPA and the hospital: when a SIPA patient was admitted, the hospital would inform SIPA. The case manager would come to the hospital and begin negotiations on treatment and discharge date. The discharge was planned: where, when and how it was going to take place, plus the range of care and services that would be necessary after discharge, like medications, home care, nursing care and so on.

There was a series of planned steps to take and protocols to follow. This happened whether a SIPA patient showed up at Emergency or just came to the hospital. There was always a case manager backed by a multidisciplinary team that would swing into action and, as Mr. Hollander said, the case manager could mobilize resources from the members of the multidisciplinary team as needed.

That was what Mr. Hollander called the ability to call upon services and make sure that they are available. In particular, especially with time, people in the hospital began to say, “this is a SIPA patient; we are going to be able to do some planning.” The entire approach changed, in fact.

Clearly, given that SIPA did not have access to the entire social service and health budget, it was not able to mobilize all the resources that it would have liked, even though they wanted to test it as a demonstration project. But a commitment along those

[Français]

Le sénateur Chaput : Merci pour vos présentations très intéressantes. Je vais adresser ma première question au Dr Béland, mais vous pouvez tous y répondre.

Vous nous avez donné un exemple fictif avec M. Pilon. Si ce monsieur avait eu accès à un système de soins intégrés, tel que le SIPA, est-ce qu'il aurait pu continuer à demeurer dans une résidence pour personnes âgées autonomes?

Dr Béland : Ce monsieur avait un cancer — une néoplasie de la vessie — avec des problèmes cardiaques, de la dépression et de l'arthrose. Pour ces personnes qui présentaient un bilan de santé très lourd, avec peu d'incapacités fonctionnelles, nous avions une série de protocoles de soins. En particulier, il y avait un protocole sur la dépression, un autre pour les maladies cardiaques. Ces protocoles auraient été appliqués et on se serait immédiatement assuré que cette personne reçoive les soins nécessaires. Étant donné qu'il y avait ici quatre maladies chroniques, il y avait de possibles problèmes d'intégration en ce qui concerne la médication et le suivi.

On se serait assuré qu'il y avait bien un médecin de famille, et le gestionnaire de cas serait entré en relation avec le médecin de famille.

En particulier, le SIPA avait un protocole sur les chutes. On aurait appliqué ce protocole. On pourrait supposer, en premier lieu, que cette personne n'aurait pas chuté et n'aurait pas été hospitalisée. La chaîne d'événements aurait été cassée dès le départ. Supposons que, malgré tout, cette personne ait chuté — car on ne peut pas tout éviter. Il y aurait eu à ce moment-là hospitalisation. On avait un accord entre le SIPA et l'hôpital, et, lorsqu'un patient SIPA entrait à l'hôpital, celui-ci le signalait au SIPA. Le gestionnaire de cas se présentait alors à l'hôpital et commençait à négocier le traitement et le congé. On prévoyait le congé, où, quand et comment le congé allait avoir lieu, ainsi que l'ensemble des soins et services — médicaments, services à domicile, infirmière, et cetera — qui seraient nécessaires suite au congé.

C'est une série d'étapes qui étaient prévues et des protocoles qui s'appliquaient. De même, aussi lorsqu'une personne du SIPA se présentait à l'urgence ou lorsqu'une personne se présentait à l'hôpital. Il y avait toujours un gestionnaire de cas appuyé par une équipe multidisciplinaire qui intervenait et, comme l'a dit M. Hollander, le gestionnaire de cas pouvait mobiliser les membres de l'équipe multidisciplinaire lorsqu'il en avait besoin.

Il y avait là ce que M. Hollander a appelé une capacité de générer des services et de faire en sorte que les services soient disponibles. Ce que cela permettait en particulier et surtout après un certain temps, c'est que les gens de l'hôpital commençaient à dire : « Voilà un patient SIPA, on va pouvoir planifier les choses. » Finalement, toute la façon de faire devient différente.

Évidemment, étant donné que le SIPA ne disposait pas de l'ensemble du budget des services sociaux et de santé, quoiqu'on aurait voulu le tester, à même le projet de démonstration, le SIPA ne pouvait mobiliser toutes les ressources qu'il aurait voulues,

lines would have required a lot of money, whereas the HTF only had limited funds available. In the first five or six months of the project, case managers had this reality to face up to and would tell us, "I cannot provide home care because it will be so expensive." We had to tell them: "Go ahead as if you had all the money and, hopefully, the amount you spend on home care will be saved as other services are used less."

With SIPA, we were able to show that costs really were transferred from institutional services to home services to the tune of about \$5,000 per person over 22 months — I can get you the exact figure.

That is what you have to keep in mind: when you have an integrated system, the entire sequence of service delivery changes.

Senator Chaput: For a system like SIPA, what were the most difficult things to set up? Then, if this is a system that you would like to suggest as a model, which responsibilities would be provincial and which would be federal?

Dr. Béland: The hardest things to set up, well, it must be said that it was a demonstration project. In one sense, we were incredibly lucky. We developed SIPA with a team of university people, physicians, specialists in geriatrics, representatives from the Quebec ministry and representatives from a wide range of institutions. The SIPA model was designed, and then proposed in a report prepared for the ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec and in an article published in the *Canadian Medical Association Journal*.

Then, the Montreal regional health board — it was still a board at the time — came to us and said: "We are interested in testing the model." But there was not enough money to fund the setting up and the evaluation of the model. The Ministère de la Santé et des Services sociaux was not able to free up the funding necessary to set it up. It became locked into a process of transferring funds from regular services to SIPA before the potential effect of SIPA on health care funding had the time to become clear. That is when the federal government set up the HTF. The HTF had the money. It made all the difference in the world: it became possible to put a demonstration project together. Having that money was very important in getting the project off the ground. So we really were very lucky to be able to coordinate it all. We had a stroke of luck without which we would not have been able to test SIPA.

The demonstration project lasted for 22 months; I thought that a year and a half was not enough and I feel I was right. For all kinds of reasons, people wanted to expand SIPA much too soon. The HTF money dried up, provincial funding could not take its place. From that point, there were very tough negotiations between regional representatives and the ministry. In the end, SIPA could not sustain itself; it really was in

mais pour s'engager dans cette voie, il aurait fallu beaucoup d'argent, tandis que le FASS n'avait que des possibilités limitées de financement. Les gestionnaires de cas, pendant les six ou sept premiers mois du programme, ont dû s'adapter à cette réalité et nous disaient : « Je ne peux pas donner de services à domicile parce que cela va coûter tellement cher. » On devait leur dire : « Faites comme si vous aviez tout l'argent et le service à domicile que vous donnez, on l'espère, va limiter l'utilisation d'autres services. »

Ce qu'on a pu démontrer avec le SIPA, c'est qu'il y a eu un transfert réel des dépenses, des services institutionnels aux services à domicile, qui était aux alentours des 5 000 dollars par personne sur 22 mois — je pourrai vous donner le chiffre exact.

Ce qu'il faut retenir, c'est toute la séquence de prestation des services qui se transforme lorsqu'on a un système intégré.

Le sénateur Chaput : Pour un système comme le SIPA, quelles ont été les plus grandes difficultés lors de sa mise sur pied? Par la suite, si c'était un système que vous aimeriez suggérer comme un modèle, quelles seraient les responsabilités au niveau d'une province et aussi au niveau national?

Dr Béland : Pour ce qui est des difficultés de mise en œuvre, il faut dire que SIPA était un projet de démonstration. On a eu, d'une certaine façon, énormément de chance. Le SIPA, nous l'avons développé avec une équipe d'universitaires, de médecins, de gériatres, de responsables du ministère au Québec et de responsables d'établissements très divers. Effectivement, le modèle SIPA a été conceptualisé puis proposé dans un rapport déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et un article a été publié dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*.

Par la suite, la régie régionale de Montréal — c'était encore une régie à ce moment-là — nous a dit : cela nous intéresse de tester le modèle. Mais il manquait de fonds pour financer l'implantation du modèle et son évaluation. Le ministère de la Santé et des Services sociaux ne pouvait se permettre de mobiliser les fonds nécessaires à l'implantation du modèle. Il se serait engagé dans une procédure de transfert d'argent des services réguliers vers le SIPA avant même que l'effet potentiel du SIPA sur le financement des services de santé ait eu le temps de se manifester. C'est à ce moment que le gouvernement fédéral a mis le FASS sur pied. Le FASS disposait de ces sommes. Cela faisait toute la différence du monde, il devenait possible de monter un projet de démonstration. C'était très important de disposer de ces sommes pour pouvoir démarrer le projet. On a été finalement très chanceux de pouvoir coordonner ces choses. Cela a été un hasard et sans cela on n'aurait pas pu tester le SIPA.

Le projet de démonstration s'est étendu sur une période de 22 mois; je pensais qu'un an et demi n'était pas suffisant et je pense que j'avais raison. Pour toutes sortes de raisons, on a voulu généraliser le SIPA beaucoup trop tôt; d'une part, on voyait l'argent du FASS disparaître, d'autre part, le financement provincial n'était pas à la hauteur. À partir de ce moment-là, il y eut des négociations très difficiles entre les responsables

a demonstration phase and it should have been continued. But there was nothing to guarantee on-going funding, and so SIPA fell between the cracks.

You asked what are the federal, provincial, regional and even local responsibilities in the development of integrated services. Personally, in Montreal's case, I think that, if Montreal had no regional agency responsible for planning, programming and management, it would be impossible to run things from Quebec City. So I do not think that it is possible to run things from Ottawa either. However, the federal government certainly has a role: I have said so here and I believe it.

When you look at the history of the health insurance system in Canada, it is still quite remarkable. We adopted basic little criteria for our health insurance system. Five criteria plus federal money. Look what we have done with those five criteria. Of course, on the one hand, there are some challenges and so on, it is not moving forward very quickly, people view it very negatively. But on the other hand, we can see what the effect of those five criteria has been. One of the effects was that the provinces had to invest in areas other than the medical and hospital services that the act stipulates. We know that the Canada Health Act applies only to medical and hospital services and that the provinces had to invest in home care, in long-term care facilities, in physiotherapy, in occupational therapy and so on, to complete the system. Of course, there were negotiations about the Established Programs Financing (EPF) and so on, that resulted in an absolutely incredible stimulus to the development of social health services. Five little criteria!

What I am saying is that the federal government has this ability to innovate and to develop, with regulatory means that are few in number but very well chosen. By putting in the money as well, of course, it can get things moving. I believe in that ability.

But I have a really hard time understanding wanting to use national criteria for very specific practices. A national standard for home care, for example. I will tell you this upfront, it will be a complete failure. But if they said that home care was now going to be considered just as essential as medical and hospital services, that the five criteria of the health insurance system were going to apply, and federal money made available, you would have home care services across Canada right away. They could well be different from province to province, and that is to be expected.

What we need is for things to start moving, from Newfoundland to British Columbia. The policy of innovation, and the sharing of innovations that one or other province might come up with, can perhaps be the federal role. But they should also accept that there will inevitable differences that are probably necessary.

régionaux et le ministère. Finalement, le SIPA n'a pas réussi à se maintenir, car il était véritablement dans une phase de démonstration et il aurait fallu la poursuivre. Mais il n'y avait rien pour assurer la continuité du financement du projet de démonstration et le SIPA est tombé dans un vacuum.

Maintenant, quelles sont les responsabilités fédérales, provinciales, régionales et même locales dans le développement des services intégrés? Personnellement, en pensant à Montréal, je me dis que, si Montréal n'avait pas une agence régionale qui avait une certaine responsabilité de planification, de programmation et de gestion, il serait impossible de gouverner les choses de Québec. Donc, je ne crois pas que ce soit possible de gouverner les choses d'Ottawa, non plus. Cependant, il y a effectivement un rôle à jouer pour le gouvernement fédéral, je l'ai indiqué ici et j'y crois.

Quand on revoit l'histoire du régime d'assurance santé du Canada, c'est quand même assez extraordinaire. On a adopté les petites normes à la base de notre régime d'assurance santé au Canada. Cinq normes plus de l'argent fédéral. Regardez ce qu'on a fait avec ces cinq normes. Évidemment, d'une part, il y a contestation du régime, et cetera, il ne progresse pas vite, on en fait une évaluation très négative. D'autre part, on peut voir quel a été l'effet de ces cinq normes. Un des effets de ces cinq normes a été que les provinces ont dû investir dans d'autres domaines que les services médicaux et hospitaliers que vise la loi, car on sait que la Loi canadienne sur la santé ne s'applique qu'aux services médicaux et hospitaliers, mais les provinces ont dû investir dans les services à domicile, dans les établissements d'hébergement, dans la physio, l'ergo, et cetera, pour compléter le régime. Il y a eu évidemment les négociations sur le Financement des programmes établis (FPE), et cetera, de telle sorte que cela a donné une impulsion absolument incroyable au développement des services sociaux de santé. Cinq petites normes!

Ce que je dis, c'est que le fédéral a cette capacité d'innover et de développer, avec peu de moyens de régulation, mais des moyens de régulation très bien choisis, en y associant évidemment l'argent disponible, il peut faire bouger beaucoup de choses. Je crois à cette capacité.

Ce que j'ai beaucoup de difficulté à croire, c'est lorsqu'on en appelle à des normes nationales pour des pratiques très précises. Par exemple, une norme nationale pour les services à domicile. Je vous le dis d'avance, cela sera un échec fatal. Par ailleurs, si d'autre part on dit qu'on va maintenant faire en sorte que les services à domicile soient considérés comme étant aussi essentiels que les services médicaux et hospitaliers, et qu'on va leur appliquer les cinq normes du régime d'assurance santé, plus de l'argent fédéral, à ce moment-là vous allez avoir des services à domicile partout au Canada. Ils seront probablement assez différents d'une province à l'autre et c'est naturel.

Ce qu'il faudrait, avec une politique d'innovation et de diffusion des innovations qui se fait dans une province ou dans une autre, ce qui peut être un rôle fédéral, c'est faire en sorte que les choses bougent de Terre-Neuve jusqu'en Colombie-Britannique, dans une certaine direction, mais en acceptant aussi qu'il y ait des différences inévitables et probablement nécessaires.

[English]

Senator Mercer: Ms. Brousse, many of us have walked a few steps in your shoes but, fortunately, not a mile in your shoes, yet. You have our thanks and our respect for your efforts.

Mr. Hollander, in respect of the committee's recommendation 68, you said in your presentation:

The committee might also wish to consider adding the comment that an integrated system, with a full range of services, allows for cost-effective trade-offs between lower-cost home and community care and residential care, while maintaining the same, or better, quality of care.

You then provided the British Columbia example that you know best. You gave us a breakdown of what was in the budget in 1992-93. With respect to your recommendation, how many people were served by this budget? What savings were realized in British Columbia because of the integration of the service? Were the savings measurable at the time?

Mr. Hollander: We have some data, but I do not have it with me and I do not have it memorized. I believe I provided it to the staff of the committee. If they do not have it, I would be happy to provide it again.

We have conducted several studies where we looked at the comparative costs of home care, community care and residential care for the elderly. We looked at the care received based on equivalent care need, that is, we did apples-to-apples comparisons. For example, if you have persons with level A needs, we looked at the cost for that person with those needs in communities and facilities. While there are exceptions, we have done this a few times and it consistently indicates that the costs for providing care in the home and the community is considerably less compared to a long-term care facility. Depending on needs, the cost may be reduced by up to one-third or one-half. Although not for every person, on average, we have lower costs in communities. There is now documented evidence. There are a limited number of studies, but it seems clear and consistent in all the work we have done. The weight of the evidence has now shifted so that if people argue the point, they would have to prove it is not the case in further research.

The second point is that we had a very difficult economic time in British Columbia in the early 1980s that were close to the Great Depression. There was 14 per cent unemployment in some areas and budgets were very tight. We decided to hold off on new facility construction to try and weather that period, which we did.

When funds became more available, we developed the planning and resource allocation model in which we took funds from Treasury Board allocated for growth in population and care needs. Through the budget process, we developed this planning model and tabled it with our annual budget. As administrators,

[Traduction]

Le sénateur Mercer : Madame Brousse, plusieurs d'entre nous imaginent votre calvaire, mais, heureusement, nous n'avons pas encore suivi votre chemin de croix. Nous vous remercions de vos efforts et vous témoignons tout notre respect.

Monsieur Hollander, en ce qui concerne la recommandation 68 du comité, vous dites dans votre déclaration :

Le comité pourrait aussi vouloir envisager l'ajout d'un commentaire signalant qu'un système intégré, comportant une gamme complète de services, permettrait d'adopter des compromis rentables entre les soins à domicile et dans la collectivité moins coûteux et les soins en établissement, tout en garantissant une même, voire une meilleure, qualité de soins.

Vous donnez ensuite l'exemple de la Colombie-Britannique, que vous connaissez bien, et la ventilation du budget de 1992-1993. Par rapport à votre recommandation, combien de gens ont profité des fonds alloués? Quelles économies la province a-t-elle réalisées grâce à l'intégration des services? Ces économies étaient-elles mesurables à l'époque?

M. Hollander : Nous disposons de certains documents à ce sujet, malheureusement je ne les ai pas avec moi et je ne les connais pas par cœur. Je crois les avoir déjà donnés au personnel du comité, mais je serais heureux de les lui transmettre à nouveau.

Nous avons mené plusieurs études dans le cadre desquelles nous avons évalué les coûts comparatifs des soins à domicile, communautaires et en établissement pour les personnes âgées. Nous avons analysé les soins reçus et leurs équivalents, c'est-à-dire que nous avons comparé des pommes avec des pommes. Par exemple, nous avons sélectionné des personnes ayant des besoins de niveau A et calculé le coût des soins dans la collectivité et dans les établissements. Nous avons répété ces études à quelques reprises et, bien qu'il y ait des exceptions, elles montrent généralement que le coût des soins à domicile et dans la collectivité est bien moindre que dans des établissements de soins prolongés. Selon les besoins, les coûts peuvent être inférieurs du tiers, et même de moitié. Bien que ce ne soit pas toujours le cas, ils sont en général plus bas dans la communauté. Nous en avons la preuve. Nous nous basons sur un nombre limité d'études, mais nos résultats sont concluants, suffisamment pour que les prochaines recherches n'aient pas à les confirmer, mais à les réfuter.

Ensuite, au début des années 1980, la Colombie-Britannique a traversé une période économique difficile se rapprochant de la Grande Crise. Le taux de chômage s'élevait à 14 p. 100 dans certaines régions et les budgets étaient très serrés. Nous avons décidé d'interrompre la construction de nouveaux établissements pour faire face à la crise, et nous avons réussi.

Lorsque la situation s'est rétablie, nous avons élaboré le modèle de planification et d'allocation des ressources qui nous a permis de profiter de deniers publics alloués en raison de l'accroissement démographique et des besoins en santé. Nous avons présenté ce modèle en même temps que notre budget

we wanted to make a choice to take whatever funds Treasury Board gave us to supplement care at home and in the community and limit care in facilities. We did that for a number of years.

Getting to your point, I have a chart. I cannot remember exactly, but I think the overall utilization rate from 1985 to 1995 for people in the system of care, both community and residential, was 163.7 per 1,000 aged 65 years and over. These proactive policy choices enabled us to move the proportion of people in facilities from about 70 per 1,000 at age 65 or over to about 50 or 55 per 1,000 for those aged 65 and over during that period. We reduced the number of people in facilities and we increased the number of people being cared for in the community. That is a major shift from residential care to community care.

I think you can use those figures to argue savings generally or you can also use those figures to argue for efficiency in that even if there had there not been less money, we would have been able to care for considerably more people in the community. Overall, that change over the 10-year period was significant as we were able to make that substitution.

Senator Mercer: I have a question for Ms. Wilkinson and the Alzheimer Society. However, others may comment. We have not talked about the role of volunteers and charities such as the Alzheimer Society. Ms. Baxter used the words “the need for patient navigators.” Is there a role that volunteers and charities can play in their support capacity to help facilitate this integration that we have been talking about today?

Ms. Wilkinson: Absolutely. We run a pilot program in Ontario, Saskatchewan and B.C. called First Link, which creates collaboration between family physicians and the Alzheimer Society. When a person is diagnosed with dementia, he or she is not only given education about the disease, but also referred to the local Alzheimer Society. The idea behind this project is exactly as you mention. The volunteers and staff at the Alzheimer Society step in to educate both the person with the disease and the caregivers. Information is provided on the services they need such as support and counselling. However, they can also act as navigators as the disease progresses and people have questions about home care, respite care and end-of-life care as well.

Senator Mercer: You are only in Saskatchewan, Ontario, and British Columbia. What are the limitations?

Ms. Wilkinson: The limitations come back to the Alzheimer Society itself. We are only at the pilot stage because before you can implement a project like this, you need to ensure that you have the support services within the society itself to be able to accommodate the people being referred. We are starting slowly. Ottawa was one of the first communities in which First Link was piloted. We want to expand to the rest of the country.

annuel. En tant qu'administrateurs, nous avons fait le choix d'utiliser les fonds qui nous étaient attribués par le Conseil du Trésor pour favoriser les soins à domicile et communautaires et limiter le recours aux soins en établissement. C'est d'ailleurs ce que nous avons fait pendant de nombreuses années.

Pour en revenir à votre question, j'ai un tableau à ce sujet. Je ne me souviens pas des chiffres exacts, mais je crois que le taux global d'utilisation de 1985 à 1995, pour les gens recevant des soins communautaires et en établissement, s'élevait à 163,7 par 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus. Nos politiques proactives nous ont permis de réduire la proportion de gens placés d'environ 70 à près de 50 ou 55 par 1 000 au cours de cette période. Nous avons diminué le nombre de personnes en établissement pour accroître le nombre de celles prises en charge par la collectivité. C'est une importante transition vers les soins communautaires.

Ces données montrent que nous avons fait globalement des économies, mais également que nous avons été plus efficaces, parce que si nos ressources financières n'avaient pas été réduites, nous aurions été capables de prendre en charge beaucoup plus de gens dans la collectivité. Il s'agit donc d'un changement majeur sur dix ans, parce que nous avons réussi à effectuer cette manœuvre.

Le sénateur Mercer : Ma question s'adresse à Mme Wilkinson et à la représentante de la Société Alzheimer du Canada, mais les autres peuvent répondre aussi. Nous n'avons pas parlé du rôle des bénévoles et des organisations caritatives, comme la Société Alzheimer, bien que Mme Baxter ait souligné l'importance des intervenants-pivots. Est-ce que les bénévoles et les organismes de bienfaisance peuvent faciliter cette intégration?

Mme Wilkinson : Absolument. En Ontario, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, nous gérons le programme First Link, un projet-pilote qui favorise la collaboration entre les médecins de famille et la Société Alzheimer. Lorsqu'une personne reçoit un diagnostic de démence, non seulement on la renseigne sur sa maladie, mais on la dirige également vers le bureau local de la Société Alzheimer. Ce projet se fonde exactement sur ce que vous proposez. Les bénévoles et le personnel de la Société Alzheimer interviennent pour renseigner à la fois la personne qui souffre de la maladie et ses aidants naturels sur les services dont ils auront besoin, comme ceux d'appui et de conseils. Toutefois, on joue aussi un rôle d'orientation à mesure que la maladie progresse, pour répondre aux questions sur les soins à domicile, de relève et en fin de vie.

Le sénateur Mercer : Ce programme n'existe qu'en Saskatchewan, en Ontario et en Colombie-Britannique. Qu'est-ce qui vous limite?

Mme Wilkinson : C'est la Société Alzheimer elle-même. Nous n'en sommes qu'au stade de projet-pilote parce qu'avant de pouvoir mettre en oeuvre une initiative de ce genre, il faut disposer des services de soutien nécessaires pour s'occuper des gens qu'on nous envoie. Petit train va loin. Ottawa était l'une des premières collectivités où nous avons mis en oeuvre le projet-pilote First Link. Maintenant, nous voulons l'étendre au reste du pays.

Senator Mercer: Does most of your money come from donations from the public?

Ms. Wilkinson: Yes, that is correct.

Senator Mercer: Do you have a volunteer board of directors?

Ms. Wilkinson: We have a volunteer board of directors. The society has a strong volunteer base. There are financial limitations in what we can do. Unfortunately, some of the smaller communities in Eastern Canada do not have the same support that larger centres like Toronto, Ottawa or Victoria have.

Ms. Martin-Matthews: In looking at the report generally and not only in regard to the chapters we are discussing today, we need to emphasize the notion that we have two generations over the age of 65.

I tried to make that a dramatic statement in some of my presentations by showing a picture of an 87-year-old man. It is our representation of the typical senior. In the photograph, his son, who in this case is Mick Jagger, who will turn 65 years old this summer, joins him. That is a dramatic example.

Senator Mercer: He looked old 20 years ago.

Ms. Martin-Matthews: That is true. Some people are astonished that he is only turning 65-years-old.

However, I try to make the point that we do have two generations when we talk about aging and who is entering that threshold of 65 years. Statistics Canada and other institutions are conducting interesting studies to demonstrate the unpaid work performed particularly by the younger generation within old age.

Dr. Béland commented that his focus on the needs of the system emphasized that he was referring to the frail population. When we talk about projecting what these kinds of systems will cost, and we talk about the large number of people that are aging and will cross that threshold of 65 years, it is not as though every one of them will need that level of care. We are talking about a process that will go on for 40 or 50 years in some cases for some people. There is a community of volunteers and others who are prepared to give their unpaid labour to be facilitative within that process. I think that is where you are likely recruiting a lot of your volunteers, and that it is a point worth mentioning.

Senator Cordy: Sixty-five does not seem as old to me today as it did 20 years ago.

I would like to get back to the idea of the case manager, although I love the term "patient navigator." When you use that term, there is no doubt as to who is the important person in the whole picture. I really like that.

A number of you have given us the wonderful things that a patient navigator or a case manager would do to mobilize the services. I think we all recognize how important that person would be to someone trying to navigate our system.

Dr. Béland, I gather from the information you gave us that you are using that within the SIPA system in Montreal. We are having challenges in some of the smaller provinces in some of the

Le sénateur Mercer : Est-ce que vous êtes financés en grande partie par des dons du public?

Mme Wilkinson : Oui.

Le sénateur Mercer : Est-ce que les membres de votre conseil d'administration sont des bénévoles?

Mme Wilkinson : Oui. La société jouit d'un grand bassin de bénévoles. Évidemment, nous sommes aux prises avec certaines contraintes financières. Malheureusement, on ne trouve pas le même appui dans les petites collectivités de l'Est du Canada que dans les grands centres comme Toronto, Ottawa ou Victoria.

Mme Martin-Matthews : Si on considère le rapport dans son ensemble, plutôt que les seuls chapitres dont nous discutons aujourd'hui, il convient de souligner que la population âgée de plus de 65 ans comprend deux générations.

J'ai essayé de rendre certaines de mes présentations plus percutantes en montrant la photographie d'un homme de 87 ans, un vieillard typique. Il est accompagné de son fils, et il se trouve qu'il s'agit de Mick Jagger, qui aura 65 ans cette année. Voilà un exemple frappant.

Le sénateur Mercer : Il avait déjà l'air vieux il y a 20 ans.

Mme Martin-Matthews : C'est vrai. Certaines personnes s'étonnent qu'il n'ait que 65 ans.

Toutefois, j'essaie de vous montrer qu'on fait face à deux générations lorsqu'on parle du vieillissement et des plus de 65 ans. Statistique Canada et d'autres institutions ont entrepris des études intéressantes qui visent à montrer l'ampleur du travail non rémunéré effectué, surtout par la génération la plus jeune.

Le Dr Béland a précisé que lorsqu'il parlait des besoins dans le système, il faisait référence aux personnes âgées fragiles. Lorsqu'on prévoit les coûts en pensant à ceux qui auront 65 ans et plus, il ne faut pas considérer qu'ils auront tous des besoins aussi grands. Il s'agit d'un processus qui s'étend sur 40 ou 50 ans, pour certains. Des bénévoles et d'autres sont prêts à travailler de façon non rémunérée pour accompagner ces gens. C'est ainsi qu'on recrute beaucoup de volontaires, il convient de le mentionner.

Le sénateur Cordy : Soixante-cinq ans, ça ne me semble pas aussi vieux aujourd'hui qu'il y a 20 ans.

J'aimerais revenir aux gestionnaires de cas, ou intervenants-pivots, même si je préfère l'expression que vous utilisez en anglais, « patient navigator », qui montre clairement à qui on accorde la priorité. Ça me plaît beaucoup.

Vous avez énuméré toutes les belles choses que ces gens peuvent faire pour assurer la prestation de services, et nous comprenons l'importance de leur rôle pour guider les patients dans notre système.

Docteur Béland, d'après ce que j'ai compris, vous avez recours à ce genre d'intervenants dans le système SIPA à Montréal. Dans les régions rurales de certaines petites provinces, il est

rural areas in trying to ensure that nurse practitioners are utilized to their best advantage. Are you having challenges from within the system for case managers?

There is no point in having a case manager or a patient navigator who is working outside the circle; as my mother would have said, there is no point of whistling in the wind. If no one is listening to you and you are not within the circle to make things happen, we could have 1,000 patient navigators but if the system is not willing to let them in, all is for naught.

Are the case managers in Montreal within the system? If they are, how did you make them part of the system? I do not think there is anyone around the table who would not suggest this is a wonderful practice to follow. However, if this is one of our recommendations, how would we also ensure that they are allowed to do what they should be doing?

[Translation]

Dr. Béland: I have to repeat that SIPA was a demonstration project funded for a specific period. Discussions took place with a view to implementing it, but, for reasons that I am not fully aware of, the decision not to continue the experiment was made at a higher level. Other experiments at integration are under way. In Quebec, the Couillard reform to integrate facilities, for example. Presently, there are 95 health and social service centres in Quebec; more or less all of them have a hospital, a reception centre, a home care centre, a CLSC. Some integration is being done; it remains to be seen how that will translate into front-line clinical services to the public.

As for case management. I think the term is somewhat unfortunate because talking about the management of a case seems to play up the administrative role of the case managers when we should not be talking about administration but clinical work. If someone can find a better term, that is fine by me. The problem is that terms like "case manager, case management, care manager" and so on, are extremely common these days. They started in the United States and are also used in Europe.

In SIPA, case managers were nurses or social workers, depending on each patient's major problems. If a case involved mostly social issues from the outset, the case manager was a social worker. If it was mostly a health problem, it would be a nurse. However, when nurses were managing cases, they had very little time left for nursing work. The same thing applied to the social workers. To start with, we thought that a case manager could handle a caseload of 50 patients. We had to bring that down to 40. Once again, these patients are extremely delicate. Case management is a full-time job and is becoming a clinical specialty. We did not want case management to become isolated, if only because we had read major studies like *Channeling* in the United States. Other studies also show that, when the case manager's work is done in isolation, it has almost no effect. We wanted the case manager to be part of a

difficile d'utiliser de façon optimale les infirmières praticiennes. Est-ce que c'est la même chose pour les gestionnaires de cas dans votre système?

Ça ne vaut pas la peine d'avoir des intervenants-pivots s'ils ne sont pas intégrés au système; comme le disait ma mère, c'est prêcher dans le désert. Nous pourrions en avoir 1 000, si personne ne les écoute et qu'ils n'ont aucune influence, ça ne sert à rien.

À Montréal, est-ce qu'ils font partie intégrante du système? Si oui, comment y êtes-vous arrivés? Je crois que nous sommes tous d'accord sur le fait qu'il s'agit d'une excellente pratique à adopter. Toutefois, si nous en faisons une recommandation, comment faire en sorte que ces gens pourront vraiment faire leur travail?

[Français]

Dr Béland : Je dois préciser que le SIPA est un projet de démonstration financé sur une période fixe. Des discussions ont eu lieu pour l'implanter, mais pour des raisons que j'ignore totalement, la décision de ne pas poursuivre l'expérience a été prise à un niveau supérieur. D'autres expériences d'intégration sont en cours. Au Québec, la réforme Couillard d'intégration des établissements, par exemple. Il y a maintenant 95 centres de santé et de services sociaux au Québec qui réunissent à peu près tous un hôpital, un centre d'accueil, un centre d'hébergement, un CLSC. Une certaine intégration se fait, reste à savoir de quelle façon cela va se traduire sur le terrain des services cliniques à la population.

En ce qui concerne la gestion de cas, je crois aussi que l'appellation est assez malheureuse puisqu'en parlant de gestion de cas, on semble mettre l'accent sur le rôle administratif des gestionnaires de cas tandis qu'il ne s'agit pas d'administration, mais de travail clinique. Si on peut trouver un terme plus heureux, cela me va, mais le problème c'est qu'en ce qui concerne le terme gestion de cas, des expressions comme « case manager, case management, care manager », et cetera, sont extrêmement courantes en ce moment, elles proviennent des États-Unis et sont employées en Europe.

Dans SIPA, les gestionnaires de cas étaient des infirmières, des travailleurs sociaux, cela dépendait des problèmes principaux de chacune des personnes. Lorsqu'un cas était surtout social au départ, c'était un travailleur social qui faisait la gestion de cas et si le problème était surtout d'ordre de santé, c'était une infirmière. Toutefois, lorsque les infirmières entreprenaient la gestion de cas, elles avaient très peu de temps pour faire des tâches d'infirmière. Il en allait de même pour les travailleurs sociaux. Au départ, nous avons cru qu'un gestionnaire de cas pouvait avoir une charge de 50 patients, il a fallu le réduire à 40 patients. Encore une fois, on parle de personnes extrêmement fragiles. La gestion de cas est un travail à plein temps et elle devient une spécialité clinique. Nous n'avons pas voulu que le gestionnaire de cas soit isolé, un peu parce qu'on avait lu des études très importantes comme l'étude *Channeling* aux États-Unis. D'autres études démontraient aussi

multidisciplinary team built around immediately available services, essentially home care services, but with a complete range.

The SIPA team also had a pharmacist, family physicians, consulting physicians, and also a consultant specializing in geriatrics. The case manager was a member of the team and could mobilize resources directly. There were also regular multidisciplinary meetings where cases were reviewed systematically and where the manager would get the team working in a certain way. He could point out specific details about a patient to the nurses and suggest changes to services according to his knowledge of the patient's condition.

You are right; a case manager cannot act in isolation. If he does, he becomes a kind of "broker" and that is not the kind of work that a case manager should be doing.

In rural areas, of course, service integration has to be organized differently. The situation is nowhere near the same as in big urban areas. But it is easier in rural areas because people know each other and you can have case managers who are able to bring teams together. It can be easier to work with front-line physicians in rural areas. One of the biggest difficulties with SIPA was getting family physicians on board.

Of course, a case manager cannot be perceived as isolated. He must always have the support of a multidisciplinary team and the ability to mobilize resources and services. In rural areas, the danger of isolation exists, but it is equally possible to have easier access to resources because people know each other. But we also need incentives so that people run after the money to maximize the integration of services.

[English]

Mr. Hollander: I thank you for that excellent question. Certainly, the SIPA program has an excellent process of case management and care coordination, as Dr. Béland has outlined. That program also deals with people at the higher levels of care need.

In the British Columbia model that I have been talking about, we were dealing with people who had needs that you might describe first as preventive home care and substitutive home care. In this system, I refer to these people as system level case managers.

One of the distinctions we had in B.C. that was not the case in similar systems in other provinces was that the case manager stayed with the individual regardless of where they went. Often in other systems, the case manager will look after community services but, once the person goes into a facility, he or she hands over case management to the facility.

que le travail de gestionnaire de cas, lorsqu'il est isolé, n'a à peu près aucun effet. On a voulu que le gestionnaire de cas soit inscrit dans une équipe multidisciplinaire basée sur des services de proximité, essentiellement les services à domicile, mais une gamme complète des services à domicile.

Il y avait aussi sur l'équipe SIPA un pharmacien, des médecins de famille, des médecins — conseils et aussi un médecin-conseil-gériatre. Le gestionnaire de cas était membre d'une équipe et pouvait mobiliser directement les ressources. Il y avait aussi des réunions multidisciplinaires régulières où les cas étaient revus de façon systématique et où le gestionnaire de cas appelait l'équipe à agir d'une certaine façon, il pouvait faire remarquer aux infirmières certains détails spécifiques sur un patient et proposer des modifications aux services en fonction de sa connaissance de la condition de la personne.

Vous avez raison, un gestionnaire de cas ne peut pas agir seul. S'il le fait, il devient comme un « broker » et ce n'est pas ce genre de travail que le gestionnaire de cas devrait entreprendre.

Dans les milieux ruraux, les modalités d'organisation des services intégrés doivent s'adapter bien sûr. La situation est passablement différente que dans les grandes régions métropolitaines, mais c'est plus facile aussi dans les régions rurales puisque les gens se connaissent et on pourrait avoir des gestionnaires de cas qui ont des capacités de réunir des équipes. Il peut être plus facile de travailler avec les médecins de première ligne dans les milieux ruraux. Cela a été une des grandes difficultés de SIPA que de mobiliser les médecins de famille.

Effectivement, un gestionnaire de cas ne peut pas être perçu comme étant une personne isolée. Il doit y avoir l'appui constant d'une équipe multidisciplinaire et la capacité de mobiliser des ressources et des services. Dans les milieux ruraux, il y a un danger d'isolement, mais il y aurait aussi la possibilité de mobiliser beaucoup plus facilement des ressources puisque tous les gens se connaissent, mais il faudrait aussi des incitations qui fassent en sorte que les gens maximisent l'intégration des services et courent après l'argent.

[Traduction]

M. Hollander : Je vous remercie de votre question. Le SIPA comprend en effet un excellent programme de gestion des cas et de coordination des soins, comme le Dr Béland l'a indiqué. Le programme vise également les gens qui ont besoin de plus de soins.

Dans le modèle de la Colombie-Britannique dont je vous ai parlé, nous faisons affaire à des gens qui avaient besoin de soins préventifs et substitutifs à domicile. Nous avons donc ce que nous appelons des gestionnaires de cas.

Ce qui différenciat le système de la Colombie-Britannique de ceux d'autres provinces, c'était que les gestionnaires de cas suivaient les patients. Ailleurs, il arrive souvent qu'ils s'occupent uniquement des services communautaires. Lorsque les clients sont transférés dans des établissements, leurs dossiers le sont également.

In my view, the best-case scenario is a system-level case manager that stays with the individual. The manager advocates for the person and assists the person, whether he or she is going into hospital, long-term care, or changing services within the community.

The characteristics I think would be important and certainly were in British Columbia include seeing these people as the client's advocate. They are people that explain the system and do their best to ensure the client receives the kind of service he or she needs from the system. Second, they are navigators. In British Columbia, we had a wide range of services, as I have discussed and these people could navigate within the system. They went out to community agencies to see what additional services could be provided. Third, they were care authorizers; they had the ability to authorize services and order them up. Essentially, they could make those kinds of financial decisions.

There is a danger if one moves to this kind of a model with the authorizer role. I did not realize this danger until someone asked me if the case managers face financial constraints, do they not become fiscal police on behalf of the organization and restrict service. That is an important danger to recognize.

Intuitively, we tried our best to allow the case manager to continue to be the advocate for the client as well as the authorizer. If there were issues of financing, we took those on ourselves. We found ways of saving money by being more efficient and all of those other things. We obviously had to let people know there were financial constraints and that they needed to do their job within those constraints and do the best they could. However, we took responsibility for dealing with the overall financial issues at a management level so that case managers could continue to be advocates. In any future system, it is very subtle but it is very important that, if the case managers are care authorizers, there is a clear mandate for the predominance of clinical need over financial constraint. That is a very subtle and difficult kind of thing to do. That is a danger. While we did not do it perfectly, we were aware of the distinction and tried to find ways of obtaining additional money so we would not turn the case managers into fiscal policemen.

Senator Cordy: Thank you. That was helpful.

Ms. Brousse: you talked about guidelines for respite care. Anyone who is caring for someone who is ill knows that guilt can also kick in. You made reference to it. What types of guidelines do you mean?

Ms. Brousse: I mean how often and for how long. In addition, it is just something to tell the caregiver that they need to make use of the respite service. That is the biggest thing; they should be using it.

I provided peer support for a lady who had not been to any Alzheimer's meetings and had no education on the disease. She was my age and her husband was a bit older. He had Alzheimer's. Never mind using the respite care service, she did not even know what it was. Finally, she got him into respite care, but by that time, the social worker stepped in and told her he had to

Selon moi, le mieux serait d'avoir des gestionnaires de cas qui suivent les patients, les défendent et les aident, peu importe qu'ils soient à l'hôpital, dans des établissements de soins de longue durée ou dans la collectivité.

L'important, et c'était d'ailleurs une caractéristique du système de la Colombie-Britannique, c'est que les intervenants doivent se faire les défenseurs des clients. Ils leur expliquent le système et font de leur mieux pour qu'ils reçoivent les services requis. Ensuite, ils sont également des orienteurs. En Colombie-Britannique, comme je l'ai mentionné, nous offrions un large éventail de services, et les intervenants s'y retrouvaient. Ils demandaient par exemple aux organisations communautaires des renseignements sur les services additionnels disponibles. Enfin, ils autorisaient des soins et commandaient des services. Ils pouvaient prendre ce genre de décisions financières.

Toutefois, ce rôle comporte certains risques, dont je ne m'étais pas rendu compte jusqu'à ce qu'on me demande : si les gestionnaires de cas font face à des contraintes financières, n'essaient-ils pas de restreindre les services pour ménager les fonds? C'est un risque considérable dont il faut être conscient.

Intuitivement, nous faisons de notre mieux pour que les gestionnaires de cas puissent continuer à servir les clients tout en autorisant les soins. Lorsque des problèmes de financement surgissaient, nous nous en chargions. Nous trouvions des façons d'économiser de l'argent en étant plus efficaces, par exemple. Évidemment, nos gestionnaires de cas savaient qu'ils devaient faire le maximum sans dépasser le budget. Toutefois, la gestion se chargeait des questions financières d'ordre général, afin que les intervenants puissent continuer à s'occuper de leurs clients. Dans tout nouveau système, il faudra énoncer clairement — et c'est une différence subtile mais extrêmement importante — que les besoins cliniques doivent passer avant les contraintes financières. L'exercice est périlleux. Voilà donc le risque. Même si nous n'avons pas réussi parfaitement, nous étions conscients des différences et avons essayé de trouver des fonds additionnels afin de ne pas avoir à faire de nos gestionnaires de cas des contrôleurs financiers.

Le sénateur Cordy : Merci, c'était très utile.

Madame Brousse, vous avez parlé de directives en matière de soins de relève. Quiconque s'occupe d'un malade sait également que la culpabilité peut s'installer. Vous l'avez fait remarquer. À quel genre de directives faisiez-vous référence?

Mme Brousse : Je voulais parler de critères établissant la fréquence et la durée des soins. En outre, il faut sensibiliser les aidants naturels à l'utilisation des services de relève. C'est le plus important : ils devraient y avoir recours.

J'ai aidé une dame qui n'avait assisté à aucune rencontre de la Société Alzheimer et qui ne connaissait pas cette maladie. Elle avait mon âge et son mari, un peu plus âgé, en souffrait. Non seulement elle n'avait jamais utilisé les soins de relève, mais elle ignorait même ce que c'était. Elle y a finalement eu recours, mais tellement tard que le travailleur social est intervenu et lui a dit

be placed into long-term care. I guess that we should provide more information to people so they know it is there, what it is for and how to use the education portion.

Senator Cordy: I would like to point out that respite care is beneficial for both the client and the caregiver.

Senator Chaput: Do you think we are open to that knowledge even if we are not there yet, or, as a rule, do we wait until it hits us in the face and then we ask for the information?

Ms. Brousse: I think it would be good if we knew ahead of time. I know our case manager from Veterans Affairs Canada also sees my next-door neighbours who are 87 and 89 years of age. They are so reluctant to accept anything. Therefore, education about help for people and knowing that it is not a sign of weakness is important.

The Chair: I want to thank all of our presenters today. It was extremely valuable to take our options to you and to get your feedback to know we are on the right track. Obviously, in some areas we need to do some infill and make them broader and more representative of the kinds of ideas you presented this afternoon.

Honourable senators, you will remember we go in camera now because we want to discuss we have heard. I will ask permission from senators that our staff remain.

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Thank you.

The committee continued in camera.

que son mari devait être placé dans un établissement de soins de longue durée. Je crois donc que nous devrions promouvoir ces services pour que les gens sachent qu'ils existent, à quoi ils servent et comment s'informer.

Le sénateur Cordy : J'aimerais souligner que les soins de relève sont salutaires à la fois pour le client et pour l'aidant naturel.

Le sénateur Chaput : Est-ce que vous pensez que nous sommes ouverts à ce genre de solutions même avant le temps, ou est-ce qu'en règle générale, nous attendons de nous heurter de plein fouet à la maladie avant de nous renseigner?

Mme Brousse : Je crois qu'il serait bon de savoir à l'avance. Notre gestionnaire de cas d'Anciens Combattants Canada s'occupe également de mes voisins, qui ont 87 et 89 ans. Ils hésitent à accepter quoi que ce soit. Il faut donc faire comprendre aux gens qu'il existe des services et que demander de l'aide n'est pas un signe de faiblesse.

La présidente : J'aimerais remercier tous nos témoins aujourd'hui. Vos commentaires au sujet des différentes options nous ont été très utiles et nous permettrons de déterminer si nous sommes sur la bonne voie. Dans certains domaines, il faut de toute évidence étoffer nos recommandations et élargir leur portée afin qu'elles reflètent mieux les idées que vous nous avez exposées cet après-midi.

Honorables sénateurs, vous vous souviendrez que nous devons poursuivre à huis clos pour discuter de ce que nous venons d'entendre. Je vous demanderais d'autoriser notre personnel à rester.

Des voix : D'accord.

La présidente : Merci.

La séance se poursuit à huis clos.

Special Senate Committee on Aging

Second Interim Report

Issues and Options for an Aging Population

The Honourable Sharon Carstairs, P.C., Chair
The Honourable Wilbert Joseph Keon, Deputy Chair

March 2008

For more information, please contact us
by e-mail: age@sen.parl.gc.ca
by phone: (613) 990-0088
toll free: 1 800 267-7362
by mail: The Special Senate Committee on Aging
The Senate, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0A4
This report can be downloaded at:
www.senate-senat.ca/age.asp

Ce rapport est également disponible en français

Table of Contents

Membership.....	iii
Order of Reference	v
Chapter 1: Introduction.....	1
1.1 Overview of the Committee's Work	1
1.2 Defining Seniors.....	2
1.3 The Diversity of Seniors	3
1.4 Policy Approaches.....	4
1.5 Federal Government Role	5
1.6 Organization of This Report.....	6
1.7 Over-arching Observations	7
Chapter 2: Active Aging and Ageism.....	9
2.1 Active Aging and Active Living	9
2.2 Ageism	16
Chapter 3: Older Workers, Retirement and Income Security ..	18
3.1 Older Workers, Pension Plans, and Retirement.....	18
3.2 Adequacy of Retirement Incomes.....	21
3.3 Services and Income.....	25
3.4 Life-course Approach to Policy and Programs.....	25
Chapter 4: Healthy Aging	27
4.1 Health Promotion and Disease Prevention	27
4.2 Social Care	30
4.3 Gerontological and Geriatric Specialization	31
4.4 Chronic Diseases	32
4.5 Hospice Palliative and End-of-Life Care	32
4.6 Mental Health, Mental Illness and Dementia	33
4.7 Groups under Federal Jurisdiction	34
Chapter 5: Aging in Place of Choice	36
5.1 Housing	36
5.2 Home Support and Home Care	39
5.3 Support for the Transition to Integrated Care	42
5.4 Groups under Federal Jurisdiction	43
Chapter 6: Regional Distribution of Health Costs Associated with Seniors.....	47

6.1 Seniors and Health Care Costs	47
6.2 Demographic Projections for Provinces and Territories	49
6.3 Consideration of Expenditure Needs in Federal Transfers.....	51
List of Proposed Options	64
Witness List – Second Session Thirty-ninth Parliament.....	68
Witness List – First Session Thirty-ninth Parliament	71

Membership

The Honourable Sharon Carstairs, P.C., Chair
The Honourable Wilbert Joseph Keon, Deputy Chair

And

The Honourable Senators:

Maria Chaput
Anne C. Cools
Jane Cordy
Terry M. Mercer
Terry Stratton

Ex-officio members of the committee:

The Honourable Céline Hervieux-Payette, P.C., (or Claudette Tardif)
and Marjory LeBreton, P.C., (or Gérald Comeau)

In addition, the honourable Senators Joan Cook, Janis G. Johnson
and Lowell Murray, P.C., also participated in the committees
deliberations.

Analysts from the Parliamentary Information and Research
Services, Library of Parliament:

Julie Cool
Michael Toye
Havi Echenberg
Michael Holden
Philippe Le Goff

Senate Committees Directorate:

Keli Hogan, Clerk of the Committee
Monique Régimbald, Administrative Assistant

Research Staff:

Michelle MacDonald, Special Advisor to the Committee

Order of Reference

Extract from the Journals of the Senate of Thursday, November 1, 2007:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator Carstairs, P.C., seconded by the Honourable Senator Fairbairn, P.C.:

That a Special Committee of the Senate be appointed to examine and report upon the implications of an aging society in Canada;

That, pursuant to rule 85(1)(b), the committee be comprised of seven members, to be nominated by the Committee of Selection and that three members constitute a quorum;

That the Committee examine the issue of aging in our society in relation to, but not limited to:

- promoting active living and well being;
- housing and transportation needs;
- financial security and retirement;
- abuse and neglect;
- health promotion and prevention; and
- health care needs, including chronic diseases, medication use, mental health, palliative care, home care and caregiving;

That the Committee review public programs and services for seniors, the gaps that exist in meeting the needs of seniors, and the implications for future service delivery as the population ages;

That the Committee review strategies on aging implemented in other countries;

That the Committee review Canada's role and obligations in light of the 2002 Madrid International Plan of Action on Ageing;

That the Committee consider the appropriate role of the federal government in helping Canadians age well;

That the Committee have power to send for persons, papers and records, to examine witnesses, to report from time to time and to print such papers and evidence from day to day as may be ordered by the Committee;

ORDER OF REFERENCE

That the Committee be authorized to permit coverage by electronic media of its public proceedings with the least possible disruption of its hearings;

That, pursuant to rule 95(3)(a), the Committee be authorized to meet during periods that the Senate stands adjourned for a period exceeding one week;

That the papers and evidence received and taken and work accomplished by the Committee on this subject during the First Session of the Thirty-ninth Parliament be referred to the Committee;

That the Committee submit its final report no later than June 30, 2008, and that the Committee retain all powers necessary to publicize its findings until 90 days after the tabling of the final report;

And on the motion in amendment of the Honourable Senator Comeau, seconded by the Honourable Senator Tkachuk, that the motion be amended by replacing the words "June 30, 2008" with "March 31, 2008" in the last paragraph.

The question being put on the main motion, as amended, it was adopted.

Extract from the *Journals of the Senate* of Thursday, February 28, 2008:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator Carstairs, P.C., seconded by the Honourable Senator Cowan:

That, notwithstanding the order of the Senate adopted on November 1, 2007, the date for the presentation of the final report by the Special Senate Committee on Aging on the implications of an aging society in Canada be extended from March 31, 2008, to September 30, 2008 and that the committee retain all powers necessary to publicize its findings until 90 days after the tabling of the final report.

The question being put on the motion, it was adopted.

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

Chapter 1: Introduction

1.1 Overview of the Committee's Work

In November 2006, the Special Senate Committee on Aging was created with a broad mandate to review a wide range of complex issues, ranging from financial security and retirement to chronic diseases and palliative care, to determine if we are providing the right programs and services at the right time to the individuals who need them. By examining these issues through a public health lens, the Committee will review public programs and services for seniors, identify the gaps that exist in meeting their needs, and examine the implications for service delivery in the future as the population ages.

The Committee released an interim report in February 2007, *Embracing the Challenge of Aging*, which summarized the findings of the first phase of the study. That report identified overarching questions, organised into the four broad themes: defining seniors; the diversity of seniors and their needs; promising policy approaches; and the role of the federal government. Using these four broad questions to frame its work, the Committee undertook to examine these issues in more detail in the second phase of its study. This included a series of hearings and a questionnaire sent to seniors' organizations across Canada to elicit their views on issues important to them.

This interim report is the result of the Committee's work during the second phase. In this report, the Committee identifies key public policy issues with respect to the aging of the population and presents a set of potential options for addressing them. The issues and options contained in this report have been raised by witnesses before the Committee and in responses to the questionnaire; however, there may be other valid options which have not yet come to light.

In the next, and final, phase of its study, the Committee intends to invite expert witnesses to testify at roundtable hearings and to travel throughout Canada to hear from Canadians on the issues and options to develop a comprehensive set of final recommendations.

Some preliminary observations on the four broad questions which guided phase two deliberations are outlined below. These questions will be explored in depth in the final report.

1.2 Defining Seniors

The Committee's first interim report identified three broad age categories which distinguished seniors: the "young old" who are healthy, fit and reasonably affluent; the "middle old" who are starting to slow down and have less money and resources; and the "frail old" who are very elderly and have special social and physical needs. Other witnesses have suggested that there are four phases of life - "youth, adulthood, and a new "golden age" which extends from retirement to old age, and old age, which has essentially been pushed back."¹ Chronological age as the defining marker of being old is being eroded. Competency is increasingly replacing age as a more appropriate benchmark for behaviour or rights. At the same time, old age is being defined by loss of independence or by ill health.

Loss of independence and ill health are not the exclusive domain of seniors. They can be experienced in a temporary or permanent way by Canadians at any stage of life. Therefore, programs and policies to maximize independence and health are not only "seniors issues", but can potentially benefit all Canadians. We recognize that some older seniors face mobility and housing challenges; however, accommodations to make age-friendly cities will force society to embrace the long-held dictum that we are all only temporarily able-bodied. Similarly, addressing the myriad of challenges that the final years of life present to individuals, their families, and the health and social systems will benefit all Canadians, whether those final years occur in their youth, middle years, or as seniors.

It is quite likely that the baby-boom generation will redefine the senior years and retirement. Young seniors are generally healthier and wealthier than previous generations of seniors. Seniors today are living healthy, active lives. They are increasingly active in the labour force. Senior volunteers volunteer many more hours than their younger counterparts.

In its first interim report, the Committee raised questions about revisiting the age of eligibility for seniors' programs in light of the increase in the healthy life expectancy of most Canadians. The majority of witnesses who responded to this question cautioned that moving the age of eligibility upward would have a disproportionately negative impact on the most vulnerable groups of seniors, without significant change to the behaviour of higher-income seniors. As the

¹ Jacques Légaré, Professor Emeritus of Demography, Université de Montréal, Evidence, March 19, 2007.

following chapters will demonstrate, a more promising policy approach might be to empower the aging population to "contribute as it would if uninhibited by disincentives and competing policy priorities; all the while affording the health and social services that we, as a nation, require."²

1.3 The Diversity of Seniors

The evidence heard by the Committee during its meetings, and the responses received to the questionnaires sent to seniors organizations throughout the country have led the Committee to appreciate that, like all other age groups, seniors form a very diverse group with a wide range of expectations, needs and interests.

The first interim report described significant gaps in health outcomes and life expectancy between Aboriginal Canadians and non-Aboriginal Canadians. There are also disparities between immigrant and non-immigrant seniors. As the countries of origin for immigration have shifted over time (reduced numbers from Europe and the United States and increased numbers from Asia and the Middle East), so too is this diversity reflected in the 65-74 year old population. The percentage of immigrant seniors that speak neither official language has risen over time, from 4% of those who arrived before 1961 to 50% of those who arrived between 1991 and 2001. These differences will require change in the way services and programs are delivered to seniors.

Along with the diversity within the senior population, there are differences between regions in the potential impact of population aging. The implications of these differences are elaborated in Chapter 6.

As the Committee elicits feedback on the issues and options outlined in this interim report, it will ask Canadians to reflect on whether the options presented reflect the diverse needs, circumstances and aspirations of all Canadians.

² Certified General Accounts, The Certified General Accountants Association of Canada Statement delivered before the Special Senate Committee on Aging, March 26, 2007, p.4.

1.4 Policy Approaches

In its first interim report, the Committee set out to examine the challenge of moving toward a policy framework which could more adequately spread productive work over the full course of life and give older Canadians the opportunities to be active, creative and thriving participants in society. The Committee has heard that:

Policy discussions of aging can refer to two quite different topics. One topic is individual aging. Here the focus on policies that relate to older people. We discuss issues such as the adequacy of pension income, the active engagement of seniors in the life of the community, and how policy supports the transitions – often near the end of life – to frailty and disability. The other topic is population aging, where the focus is on the policy implications of the changing age structure and size of the population. Discussions here tend to focus on the fiscal consequences of population aging, the social and economic effects of an older workforce and of changes in the ratio of consumers to producers, issues related to lifelong learning and to the timing and gradualness of transitions to retirement.³

The terms of reference for the Committee fit more neatly within the first set of questions. The issues and options outlined in this interim report reflect, however, that addressing issues relating to older persons opens up options to reconsider the way that life transitions are accommodated throughout the life course. This is particularly relevant to the chapters on aging in place of choice, active aging, and work and retirement.

The issues and options outlined in this interim report also reflect that aging is a life-long process, and that some of the options to improve health and well-being among seniors need to be implemented throughout each stage of life, and not only in the senior years.

³ Brief: *Appearance before the Special Senate Committee on Aging*. Peter Hicks, Executive Director, Strategic Analysis, Audit and Evaluation, HRSDC. February 12, 2007, p.1.

1.5 Federal Government Role

When the provincial, territorial, and federal governments set out to develop a national framework on aging in the late 1990s, they consulted with seniors on the key values which should underpin this framework. The Committee has heard that these values - dignity, independence, participation, fairness and security - continue to be relevant today. These values will form the foundation for the issues and options considered by the Committee in this report.

In trying to determine the appropriate role of all levels of governments, a recurring theme presented to the Committee has been the maintenance of choice - choice in when to retire, choice in where to live. The Committee recognizes the important role of individuals, non-profit organizations, the private sector, and the various levels of government in ensuring that seniors have before them a wide range of choices. The Committee has heard that the range of choices is greatest for those with the greatest financial security, and more limited for low-income seniors; greater in urban areas than in rural. The range of options also differs among population groups under the responsibility of the federal government, with a wider range of options for veterans than First Nations and Inuit seniors.

Many of the programs and services for older Canadians are delivered by provincial and territorial governments. Some of the options proposed in this interim report reflect the role the Canadian government can play in facilitating the exchange of information and best practices across jurisdictions. Other options are clearly addressing federal programs and areas of jurisdictions.

The federal government provides direct health care services to certain population groups for which it has a mandate (First Nations and Inuit people). The federal government also provides health services to eligible veterans, refugee protection claimants and inmates of federal penitentiaries. As it moves toward its final report, the Committee will want to consider carefully the programs and policies for these population groups. The credibility of the federal government in the area of services to seniors depends, in no small part, on the leadership role it could play in meeting the needs of groups under its own direct responsibility. This will be explored in greater depth in the Committee's final report.

1.6 Organization of This Report

This interim report is organized into issue-specific chapters relating to: active aging; older workers, retirement and income security; healthy aging; supports to aging in place of choice; and the regional distribution of health costs associated with aging. Several policy options are proposed to address the issues raised in each chapter. Some of these policy options are complementary, others mutually exclusive. As the Committee wraps up its study, it will consult with Canadians on these options to develop a comprehensive set of recommendations for its final report.

The following provides a brief overview of the issues and options discussed in each chapter:

Remaining physically and mentally active are instrumental to the well-being of senior Canadians. Chapter 2 provides a series of issues and options relating to maximizing the opportunities for seniors to be active members of society through volunteer work; in educational opportunities; in opportunities for social and intergenerational interaction; and through physical activity. It explores how ageism can limit the active participation of seniors, and suggests options to eliminate ageist attitudes.

Witnesses have advocated for flexibility in retirement that would allow older workers who wish to continue working past age 65 the opportunity to do so. At the same time, the Committee recognizes that those who wish to retire should not be put in a situation that requires them to continue to work. Chapter 3 presents a range of options related to work, retirement, and income.

The Committee heard repeatedly that health is fundamental to quality of life for Canadian seniors. Canadians are not only living longer, but they are also living longer in good health. Recognizing that aging is often associated with physical and mental decline, the Committee sought options for building health, activity and fulfillment into the senior years. Chapter 4 provides options related to the services needed by older Canadians for prevention, management, and treatment of their physical and mental health.

The Committee has heard that a focus on “curing” in the health care system might detract from the “caring” aspects which help maintain a quality of life. Chapter 5 provides an overview of the issues and options related to aging in place of choice. Most seniors express a strong preference for staying in their homes as they age.

Sometimes supports are required to allow seniors to age in the place of their choice. Currently, the labour force is structured in such a way that family members and friends often have great difficulty balancing work and care for the frail elderly. Formal supports can supplement the support of family members. There are significant differences across the country in the formal supports to seniors. The chapter presents options relating to housing, supportive housing, long-term care facilities, home care, informal caregivers, and moving toward greater integration between health and social support systems in provinces and territories.

The Committee has heard that labour force mobility has exacerbated the aging of the population in some jurisdictions, particularly Atlantic Canada. Because the costs of providing health care to seniors is higher than for other age groups⁴, per-capita health funding through the Canada Health Transfer may eventually result in a widening gap in the basket of services provincial and territorial governments will be able to provide to seniors as the population ages. The Committee will seek guidance on whether this situation deserves more attention in Chapter 6.

1.7 Over-arching Observations

Population aging is the result of both a longer life expectancy and the aging of the Baby Boom generation (defined as the population group born between 1947 and 1966 inclusive). It is important to note here that, by sheer virtue of its size, the Baby Boom cohort has influenced the make-up of the total population as it has moved through the life-course. Prominent Canadian demographer David Foot notes that since the boomer generation is so numerically dominant in the Canadian population, its aging results in the aging of the Canadian population, which has major impacts on society and governments. As that cohort moves into the retirement years, there is likely to be an increased demand for services for seniors.

Several witnesses have warned the Committee, however, that the cohort following the Baby Boom cohort is considerably smaller. Some witnesses have cautioned the Committee "not to overbuild" for the Baby Boom cohort, and to recognize the temporary nature of this demographic shift. This consideration forms part of the Committee's deliberation on issues and options.

⁴ With the exception of children under the age of 1.

The Committee notes that individuals and organizations are able to adapt to change. The changing needs which will arise out of the aging of the baby-boom generation provide an opportunity to think creatively about education, work, family and leisure throughout the life-course. For example, as we live in health for longer periods of time, it is conceivable that we will re-think the traditional school-work-retirement transitions to allow for greater flexibility at all stages of life. If this were to happen, the aging of the population will not only be a challenge to be embraced, but an opportunity to be seized.

Chapter 2: Active Aging and Ageism

The Committee believes that remaining physically and mentally active are instrumental to the well-being of senior Canadians. The Committee has heard that healthy aging and active living are promising policy approaches for dealing with an aging population. The focus of healthy aging is not only on seniors, but rather on the experiences through the life-course which result in a high quality of life in the senior years. This chapter outlines a series of issues and options proposed by witnesses before the Committee relating to maximizing the opportunities for seniors to be active members of society through volunteer work; in educational opportunities; in opportunities for social and intergenerational interaction; and through physical activity.

One of the key barriers to overcome in facilitating active aging is ageism. Ageist stereotypes and prejudices unnecessarily limit the intrinsic value to society which older people bring. This chapter also explores how ageism can limit the active participation of seniors, and identifies options to eliminate ageist attitudes.

The Committee recognizes that there may be other as yet unidentified options for promoting active aging and active living and combating ageism and welcomes discussion on those as well as the options outlined herewith.

2.1 Active Aging and Active Living

The Committee has heard that opportunities to remain physically and mentally active are instrumental to the well-being of senior Canadians. A recent report by Statistics Canada notes that many studies have highlighted the strong correlation between positive social relationships and mental and physical health and that a lack of social relationships has also been identified as a risk factor for the development of health problems.

Despite this, the evidence seems to suggest that seniors may not recognize the importance of remaining active. In fact, the Committee has heard evidence that some believe that slowing down will protect their health and allow them to live longer and healthier lives, despite research which has proven that accelerated aging is the direct result of inactivity.

The Committee has heard that if you have been physically active your whole life and involved in your community, then those aspects are likely to carry on when you retire from your work. Those who have not been involved outside their home, who have not been involved in the community, or who have not been physically active find it more challenging to begin when they retire.

Active living also requires attention to issues of urban design, transportation, and housing. This means senior-friendly cities, towns and villages that are more responsive to seniors' needs in terms of enabling them to go to the places they need and want to go to and to participate in recreational, social and community activities, and access the types of support services they need. The World Health Organization's *Age-Friendly Cities Guide* proposes ways to make a city more age-friendly.

An *Age-Friendly Rural and Remote Communities Guide* has been developed in Canada to produce a practical guide that rural and remote communities across Canada can use to identify common barriers and to foster dialogue and action that supports the development of age-friendly communities.

Seniors reflect the same diversity that exists among other Canadians. This results in different needs for different groups of seniors. For example, the Committee acknowledges the importance of taking into consideration the gendered roles which women have played over their life-times, and the consequences of those roles into their senior years. The role of family caregiver has an impact on financial security into the senior years, and in the availability of time to devote to activities outside the household. Culture also shapes our interests and expectations about how to spend leisure time.

Options for Facilitating Volunteerism

Volunteering has many positive benefits for both the recipients and providers of volunteer time, and volunteering is strongly associated with social connectedness. Contrary to popular belief, however, people are less likely to volunteer in their senior years than other age groups. Despite this, the average number of hours volunteered generally rises with age, from 139 hours for youth volunteers to a high of 245 hours for senior volunteers. The Committee has heard that, in addition to formal volunteerism, many senior Canadians are involved in informal support to people in their families and communities. Studies have indicated that immigrant

seniors are more likely to provide support to others without going through an organization. The Committee has heard that informal support is also important in Aboriginal communities.

The following options have been identified to facilitate volunteerism:

1- Provide tax credits for volunteerism

One way to encourage volunteerism is to provide financial recognition for their time. Tax credits for volunteer activities could facilitate volunteerism.

2- Ensure multi-year funding for volunteer activities

One of the frustrations for volunteers is the lack of continuity of funding. It has been recommended that we encourage governments to provide multi-year funding commitments so that volunteers can see continuity in the work they do.

3- Invest in infrastructure for volunteer organizations

One of the difficulties for voluntary organizations is the lack of resources to properly maintain volunteers. Financial support for a sound infrastructure for recruitment, screening, training, monitoring, evaluation and recognition within the voluntary sector might facilitate volunteerism.

4- Initiate a skills matching program

Research by Volunteer Canada has found that Baby Boomers are a more demanding group of potential volunteers who are seeking opportunities for growth and uses of their time that are new and innovative and will provide interesting and meaningful experiences. A federal program designed to match skills of potential volunteers with needs in the community might facilitate volunteerism.

5- Promote and recognize volunteerism throughout the life cycle

The Committee has heard that facilitating volunteerism in the senior years appears to be intricately linked to facilitating volunteerism throughout the life-cycle. The Committee would be interested in hearing how to promote volunteerism among all Canadians so that individuals will be poised to reap the benefits of volunteerism in their senior years. A public education program designed to promote the value of volunteering throughout the life cycle could help encourage volunteers of all ages.

Options for Educational Opportunities/ Lifelong Learning

The Committee heard that educational opportunities help seniors develop new interests and stay actively involved in the community. Life-long learning not only allow seniors to maintain a higher degree of engagement in the labour force, but can contribute to an increase in their quality of life as they feel happier, healthier, more respected and more independent. The Committee heard evidence that active learning helps maintain brain health by preventing loss of brain function and cognitive skills such as memory, reasoning and judgement.

While some seniors take courses to help them in their paid work, the Committee heard that seniors participate in continuing education activities to learn for learning's sake, to socialize and to achieve a goal. As in the case of volunteerism, people are more likely to take advantage of learning opportunities in their senior years if they have continued to participate in learning throughout their lives. Thus, efforts to promote life-long learning opportunities throughout the life course benefit everyone, including seniors. Do seniors recognize the mental health benefits of continued learning? Do older Canadians want to participate in educational activities? Are they available? What are the barriers to participating? Do seniors know what is available to them?

There are a number of innovative programs across the country which promote learning among seniors; however, the Committee heard that the development of new programs could be accelerated if providers had an opportunity to meet and share ideas and best practices.

The Committee notes that continuous learning, work and participation in society forms one of the three pillars of seniors' wellness identified by Federal/Provincial/Territorial Ministers Responsible for Seniors. The following options have been identified to improve access to life-long learning:

6- Expand educational tax credits

The government currently has educational tax credits available for those who are pursuing accredited courses. Should these measures be expanded for seniors to include a broader definition of eligible courses?

7- Support a life-long learning website

Information sharing among providers of life-long learning opportunities for seniors across the country should be promoted.

A well-publicized website with links to communities throughout the country might be one way of achieving this.

8- Carry out a life-long learning awareness campaign

The mental health benefits of life-long learning could be promoted as part of a public awareness campaign.

Options for Social and Intergenerational Interaction

Social and intergenerational interaction is very important to the mental health of seniors. The Committee has heard that there are differences in social participation between different age groups of seniors. Seniors are slightly more likely to reduce their level of involvement over time.

Research on social isolation, commissioned by the Federal-Provincial-Territorial Ministers Responsible for Seniors has identified factors that contribute to the likelihood of social exclusion, including: women seniors of advanced age, seniors with less education, those dwelling in urban areas, immigrant seniors, unmarried seniors, and seniors whose health limits their activity level.

This research concluded that immigrant seniors are particularly at risk of social exclusion, even when they have been in Canada for an extended period. It is unclear whether immigrant seniors face greater levels of social exclusion, or whether they are more likely to participate in informal support networks. Given that the upcoming cohorts of seniors are likely to be even more culturally diverse than the current group of seniors, the Committee will want to explore more closely whether the social needs of immigrant seniors are being met, and if not, how they could be met.

The following options have been identified to reduce social isolation among seniors:

9- Adapt New Horizons for Seniors for Aboriginals

The federal government plays a direct funding role through the New Horizons for Seniors program, which provides grants of up to \$25,000 for community projects that promote ongoing involvement of seniors in communities to avoid the risk of social isolation. Projects typically focus on themes of contribution to community, active living, social participation and/or partnership building. Should this approach be adapted for use on reserves and made available to aboriginal peoples on reserves?

10- Reduce isolation through better urban planning

Research for the F/P/T Seniors Officials working group on social exclusion found that those living in urban areas are almost three times more likely than their rural counterparts to be at risk of social exclusion. Furthermore, their research notes that rural seniors may benefit from more neighbourly and peer support in terms of transportation to and from family events and community activities because of an increased likelihood that people know one another. The federal government could facilitate opportunities for urban planners to explore the role they could play in reducing isolation in urban areas for all peoples, including seniors. The World Health Organization's *Global Age-Friendly Cities Guide* and the Public Health Agency of Canada's *Age Friendly Rural and Remote Communities Guide* could also be promoted among relevant professional groups.

Options for Physical Activity

The Committee heard that physical activity in everyday life is one of the most important strategies for maintaining physical and mental health and quality of life as one ages. It has been reported that physical inactivity represents a critical cost burden in Canada, estimated at \$5.3 million, yet the health impacts of inactivity can be offset by even small changes in lifestyle.

The Committee has heard how behaviour patterns throughout the life course affect the probability that individuals will continue to have active lives as they age. Similarly, seniors benefit from the healthy living and physical activity investments made throughout their lives. Despite this, it is never too late to reap the benefits of an active lifestyle.

While the benefits of physical activity are indisputable, many Canadians, including seniors, are not as physically active as they should be. Men are more physically active than women at all stages of life, including the senior years. Other groups which are less likely to be physically active are seniors over age 80, seniors with low incomes and/or low education levels, seniors with disabilities and/or chronic health conditions, seniors who live in institutions or in isolation, and seniors who are members of ethnocultural and ethnolinguistic minority population groups.

According to the Active Living Coalition for Older Adults, there are a number of barriers which make it difficult for seniors to be more physically active, including:

1. Accessibility - including transportation, time of classes, and safety to get to a facility;
2. Programming - suitability for older adults, availability of classes, lack of information on programme availability, appropriate / qualified leadership for the classes, safety within the activity (fear of injury and falling);
3. Cost - to participate in program, and transportation to get there; and
4. Psycho social support - lack of motivation, lack of social network.

The following options have been identified to promote physical activity throughout the life course and among seniors:

11- Educate Canadians about the benefits of physical activity

The important role of physical activity in maintaining physical and psychological health, in reducing the risk of chronic disease, and in management of pain in chronic disease requires a greater effort to communicate this information to all Canadians, including seniors. The Committee notes that the Public Health Agency of Canada has developed useful tools, such as *Canada's Physical Activity Guide to Healthy Active Living for Older Adults*. The federal government could mount a national social marketing campaign aimed at educating Canadians about the importance of physical activity, especially for older adults. The federal government could also include pamphlets on the importance of physical activity with any mail-outs to seniors, and make these available to senior citizens' centres.

12- Eliminate barriers which limit active living

Eliminating the barriers of accessibility, programming, cost and motivation will require collaborative efforts on the parts of individuals, the private sector, non-governmental organizations, and all levels of government. Should adults be provided with tax incentives to participate in physical fitness programs, as is currently available for children? Are there accessible and affordable public transportation options to take seniors to physical fitness activities? Are there mobility differences between urban and rural areas?

13- Facilitate the sharing of knowledge and best practices

The Committee has heard that there is insufficient information sharing on active aging at the national level and there is a need for a central repository to collect and disseminate these resources so that all have an awareness of available frameworks and best practices. Furthermore, it has been suggested that the federal government play a role in the supply of trained professionals to organize exercise activities for seniors. Could community colleges and other educators be encouraged to launch programs to train physical activity instructors? How could training be provided to health care workers to help them promote physical activity participation, and to provide them a support network to which they can refer people? Could gym memberships be tax deductible?

2.2 Ageism

The Committee has heard that one of the key barriers to overcome in facilitating active aging is ageism. There are as many ways to age as there are people aging. There is no single formula outlining how to age well, or what aging will entail for any given person. Most seniors continue to be healthy and actively engaged in life. This should be held up as the norm for aging. Negative assumptions that individuals make about aging can potentially limit their active participation in life. Negative assumptions that society has about aging have also been used to limit the active participation of seniors in life. A case in point is mandatory retirement.

The Committee is of the opinion that personal independence needs to be maintained and protected for all people, including seniors. This requires a concerted effort to reframe the concept of aging, and to move away from policies which actively discriminate against seniors.

Whether assessing competency for driving or for continuing to work, chronological age has provided an expedient proxy to competency. The Committee has heard, however, that withdrawing privileges and rights based on age is a form of ageism. Ensuring that individuals are competent to work and drive is essential to maintaining public safety. At the same time, age-based practices which make it difficult for individuals to drive or practice a profession or trade on the basis of age alone is discriminatory. It will become increasingly important to come up with strategies to assess competency

throughout life, and not just in the senior years. This has already been done among some professional groups, such as physicians.

The following options for combating ageism have been identified:

14- Launch a national strategy to combat ageist stigma and discrimination

Public education campaigns to fight ageism could be developed in cooperation with community organizations. Some witnesses have suggested that curriculum on ageism and issues of aging could be integrated into training for service providers in health and social service programs across the nation. Additionally, a plan of action could be developed to raise awareness on the particular complexities associated with seniors and mental health.

15- Promote the development of alternatives to chronological age as indicators of competency

The Committee has received innovative proposals on ways to balance public safety and the rights of individuals, and would be interested in hearing more on some of these options. For example, should provincial licensing authorities create new categories of drivers' licenses which allow for limitations to driving without an outright loss of driving privileges? Should driver testing be expanded to all age groups, not only to seniors? Is there a need to communicate innovative models across the country? How could this be done?

16- Promote research on competency

Moving from age-based criteria to competency evaluation is challenging and requires sound evidence on competency. Some witnesses have suggested that we do not yet know enough about how to measure competency. What do we need to know? Others have suggested that governments, the private sector and individuals need to make more informed decisions based on what is already known about competency. How could this information be shared so that all stakeholders can make informed decisions about competency?

Chapter 3: Older Workers, Retirement and Income Security

A number of goals with respect to labour force participation and retirement income security have been identified by witnesses before the Committee: adequate incomes for seniors; an adequate supply of skilled workers for the Canadian labour market; retention of knowledge in organizations in the private, public and not-for-profit sectors; and the enhancement of choice for people as they age. The Committee is interested in both enhancing individual choice among older Canadians and identifying sustainable public policies that can support that choice and contribute to meeting the country's broader social and economic needs.

Witnesses have advocated for flexibility in retirement that would allow older workers who wish to continue working past age 65 the opportunity to do so. At the same time, the Committee recognizes that those who wish to retire should not be put in a situation that requires them to continue to work. This chapter presents a range of options identified by witnesses related to work, retirement, and income and a life-course approach to policy and programs. The Committee recognizes that there may be other as yet unidentified options concerning older workers, retirement and income security and welcomes discussion on those as well as the options outlined herewith.

3.1 Older Workers, Pension Plans, and Retirement

The Committee has heard that the average age of retirement fell gradually from a high of 65.1 in 1977 to a low of 60.9 in 1998. Since that time, however, there has been a steady increase in the labour force participation and employment rates of seniors.

The Committee investigated the factors that are most likely to influence the retirement decision. Witnesses presented Statistics Canada research data that demonstrate that defined-benefit retirement pension plans provide a strong incentive for early retirement; some of these plans allow for a maximum benefit to be achieved as early as age 55. On the other hand, the Canada Pension Plan (CPP), which provides minor disincentives for take-up in advance of age 65, has been shown to have a very minor impact on retirement decisions.

Phased retirement programs could become an effective tool for making the transition from full-time work to complete retirement more flexible. The general principle of phased retirement is simple: while income decreases along with number of hours worked, retirement benefits increase.

The 2007 Budget amended the *Income Tax Regulations* so that as of 2008 an employee can receive pension benefits from a defined benefit RPP while continuing to accumulate other benefits, subject to certain conditions.

At present, a worker is entitled to a retirement pension if he or she contributed to the Canada Pension Plan (CPP) or Québec Pension Plan (QPP) for at least one year and is at least 60 years old. Workers between 60 and 65 must have stopped working, or reached an agreement with their employer to reduce their hours in preparation for retirement with a resulting salary reduction of at least 20%. The CPP/QPP considers a person to have stopped working if his or her earned income over a 12-month period does not exceed \$11,225. Workers who are 65 or older, on the other hand, do not need to have stopped working to draw a retirement pension. This monetary ceiling could undercut efforts to promote higher activity rates among workers aged 60 to 65 who would like to remain in the labour force part-time.

Older workers with less secure employment or retirement benefits have fewer options available to them. Witnesses testified that older workers are often required or willing to work, but face dire circumstances if their employment ends involuntarily, due to injury, lay-off or inability to perform the job. Witnesses also described how the design of the Guaranteed Income Supplement (a cash benefit available to those with little other income in retirement) created a strong disincentive for recipients to earn any income from work, or even other sources. Recipients lost 50 cents in benefits for every dollar earned. The Committee was delighted with the change made in the 2008 Budget to fully exempt the first \$3,500 earned by seniors in receipt of the Guaranteed Income Supplement (GIS).

Some of the options which have been suggested to address pension-related incentives or disincentives to work include:

17- Launch an awareness campaign on the recent legislative changes that removed barriers to phased retirement

The 2007 federal budget announced measures that will encourage older workers to stay in the labour market by

permitting phased retirement, allowing an employer to simultaneously pay a partial pension to an employee while that employee is contributing to the pension plan. Is this measure likely to facilitate phased retirement? How well known is this change?

18- Restore the actuarial neutrality of Canada Pension Plan by increasing the incentive to delay uptake

Witnesses have recommended against increasing the penalty for individuals who begin to receive the CPP between the ages of 60-65. Would it be possible to increase the incentive for later uptake of CPP without adjusting the penalty for early uptake?

19- Work with the provinces to change the Canada Pension Plan so that older workers who begin to collect CPP before age 65 continue to contribute to the CPP

Currently, workers who begin to collect the CPP before age 65 stop contributing to the CPP. As a result, their employers also stop contributing to the CPP on their behalf. Witnesses have suggested that the CPP should allow older workers to continue to draw their CPP while continuing to contribute to the CPP, to continue to build up their contributions.

20- Work with the provinces to change the Canada Pension Plan so that individuals between the ages of 60 and 65 who want to apply for CPP and continue working no longer have to quit work or earn up to the maximum of CPP in the months prior to the application

The Committee has heard that the current practice discourages continued work.

21- Undertake both an awareness campaign against discrimination against older workers and more aggressive scrutiny of the treatment of older workers for compliance with existing legislation and regulations

Create effective incentives to encourage training for willing older workers.

22- Amend the Employment Insurance program to provide benefits to unemployed older workers, rather than forcing early reliance on CPP or other pensions that may penalize for early withdrawal

Witnesses have described situations in which older workers who become unemployed draw their CPP benefits early when they become unemployed, thereby reducing the amount of the

benefit. Could changes to EI provide a mechanism that would prevent this loss of benefits?

3.2 Adequacy of Retirement Incomes

Witnesses demonstrated that wealth is rising among younger Canadians as they age, but is based almost exclusively on the increased value of their homes. Although this wealth could be turned into income on the sale of their homes, this would run counter to the principle of encouraging “aging in place”. Therefore, seniors may be asset-rich, but income-poor.

Other witnesses pointed out that seniors who do not own their own homes are more vulnerable to poverty, because increasing rents take a larger bite out of a relatively fixed income. Options to address this vulnerability, including the funding of additional affordable housing, have been elaborated in Chapter 5.

Options for consideration include the following:

23- Explore options for other forms of income streams

Witnesses described the need for income from their assets, but existing “reverse mortgage” mechanisms can result in unfair practices affecting the homeowners and their equity. Are there other alternatives which could be considered?

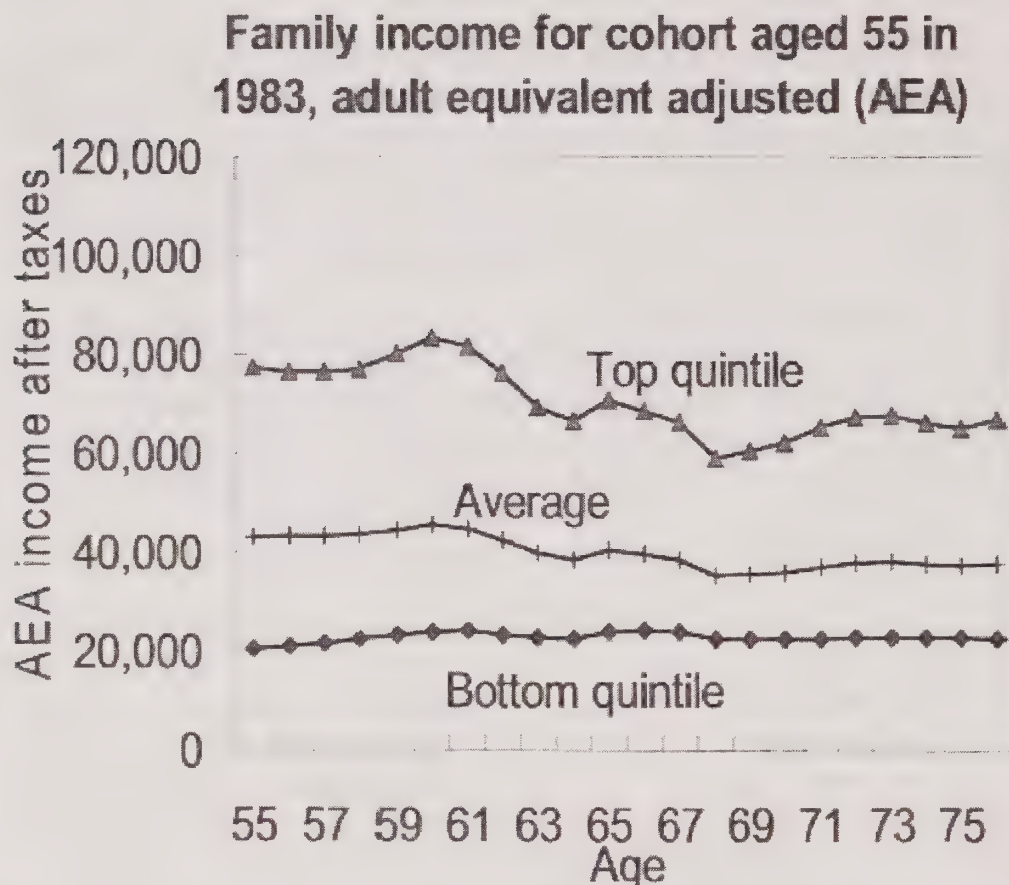
Options for Addressing Poverty

In its interim report, the Committee posed a question for further exploration: What can be done to improve the low-income rate and other risk factors for unattached seniors?

Statistics Canada officials appearing before the Committee described income for seniors in terms of replacement income levels of older Canadians; this measure compares incomes at age 65 among retirees with their incomes at age 55. The research shows that people in the lowest income groups have replacement level that is equal to or higher than their income before retirement. Middle-income retirees have replacement levels that are almost as high. Only individuals who were in the highest income group at age 55 may see a lower replacement rate at age 65. However, even with a lower replacement level, they continue to enjoy higher incomes at age 65 than groups who had lower incomes at age 55. (See Figure 3.1 below.) The researchers also point out that income

replacement levels for middle and higher income groups over the age of 85 decline, probably due to depletion of private savings.

Figure 3.1



Source: Morissette, René, Garnett Picot and John Myles. *The Wealth and Income Position of the Retirement and Pre-retirement Populations*. Presentation to the Special Senate Committee on Aging, February 11, 2008.

Sources of income vary for seniors, and may include earnings from work, private pension benefits, CPP benefits, RRSP withdrawals, other investments, Old Age Security (OAS) and the Guaranteed Income Supplement (GIS).

Private pension plans are correlated to years of service and income earned from employment with a specific employer. CPP benefits are funded by contributions by employers and employees, and therefore are diminished by any withdrawals from the labour market. While special provisions have been made for those who drop out to care for their young children, there is no similar provision for care of other family members. CPP has a relatively

low threshold (the average wage), above which contributions are not collected from employers or employees, and is intended to replace only 25 percent of employment earnings up to that threshold.

Many seniors have incomes below Statistics Canada's low-income cut-off lines (used as a poverty line in this report), but their poverty is not deep. That is, their incomes are usually 90 percent or more of the low-income cut-off level. Many rely on OAS and GIS as their only sources of income. If they live in smaller communities, income from OAS/GIS may exceed the low-income cut-off (LICO) line. Seniors who are below the line are often living alone and/or in large cities.

Further, the committee heard that not all eligible seniors are receiving all the benefits to which they are entitled, either because they are unaware of the application requirements or of their eligibility. This includes eligibility for retirement benefits under the Canada Pension Plan. When eligible recipients do apply later than the age at which they became eligible, retroactive benefits can be paid for up to 11 months.

Options for addressing poverty include the following:

24- Make OAS/GIS benefits non-taxable if they are the only source of income

Some low-income seniors pay income tax. The current basic exemption from income taxation is lower than the maximum individual benefit of OAS and GIS combined. Could there be a different basic deduction for seniors that would be equal to the combined OAS and GIS payments? Could the same goal be accomplished through a carefully designed tax credit for seniors?

25- Propose to provincial governments that survivor's benefits under CPP be sustained at the same level after the death of the spouse

What actuarial impact would this have on CPP? Are there other mechanisms to ensure that survivors, predominantly women, do not face sudden drops in their income upon the death of a spouse?

26- Modify GIS to keep seniors from dropping below low-income cut-off lines

Given that LICOs vary not only by household size, but by the population of the community of residence, is there a way to vary

the GIS by size of community? Could it be managed with a special supplement for residents of large communities?

- 27- Work with provincial governments to increase the income replacement rate for the CPP (currently 25% of income up to the average wage) and/or to increase the maximum pensionable earnings beyond the average wage**

Could the maximum income on which contributions are collected be increased from \$40,500 to \$60,000, as recommended by some witnesses? What impact would increasing the CPP replacement level from 25% to 50% (over time) have on retirement incomes, employment trends, and labour force participation?

- 28- Analyze any changes with respect to retirement income to assess and correct for differing impacts on men and women**

Federal government policy requires gender analysis of new policies. Is this policy in place for retirement income policies, programs and regulations?

- 29- Undertake more aggressive campaigns to ensure that all eligible Canadians are receiving all retirement- and age-related benefits**

Quebec has virtually no gap between those eligible and those receiving Quebec Pension Plan benefits. How could the federal government emulate the practices in Quebec that achieve this outcome, including a longer period of retroactivity? Are there other approaches that would have the same result?

- 30- Make retroactive repayments with interest to eligible recipients who did not apply for OAS at 65 or CPP at 70, or who were denied benefits due to administrative errors and make these payments cover the period between the ages specified and the age at which repayment is made**

This option is intended to increase the fairness of the administration of these benefits and to provide an incentive to the government to ensure that all eligible beneficiaries receive their benefits. Would such a change accomplish these goals? Are there impacts from such a change that would have a detrimental effect on either the economic security of individuals or on the income programs themselves?

3.3 Services and Income

While income is an important factor in well-being among seniors, services provided by government or non-government organizations are often of equal or greater importance. Examples are subsidized or free prescription drugs or home care provided without charge.

In some provinces, such services are free only if the senior is in receipt of the Guaranteed Income Supplement (GIS). This discourages seniors from earning income which might result in their no longer being eligible to receive GIS. Combined with the "claw-back" to the GIS of 50 cents on every dollar of earned income, this has created an effective tax of more than 100 percent; that is, the combination of earned income and the loss of subsidized services could leave someone with less income and services than before they earned any income. Effectively, then, GIS recipients may be unable to improve their circumstances, including through paid employment.

Options to address this could include:

31- Harmonize the design and operations of Old Age Security and the Guaranteed Income Supplement and supports and services (largely provincial) so that modest increases in income do not result in a reduction of supports or services

Could the federal government partner with one or more provinces to pilot such a harmonization experiment?

32- Develop a federal/provincial/territorial accord to ensure that increases in OAS and/or GIS do not result in loss of eligibility for subsidies or services for seniors

Are there any precedents for such an accord? Are there any existing mechanisms or decision-making bodies that could facilitate such an accord?

3.4 Life-course Approach to Policy and Programs

The Committee has heard broad-ranging testimony on the increasing labour-force participation of women, the increase in hours worked in recent years, and increasing pressures to provide informal care-giving. Taken together, these reflect significant changes in how Canadians allocate their time over the life-course to work, care-giving,

education and leisure. Yet social policy and programs have changed in a piece-meal fashion that is not coherent, creates gaps, and reduces the ability for Canadians to respond the way they would wish to varying demands.

The Committee has also heard that analysis has begun of these policies and programs, and of how Canadians do allocate time and resources over the life-course; this analysis could inform a more comprehensive consideration of social policies and programs to be more responsive to the shifting realities facing Canadians today.

Consideration of this approach suggests the following option:

33- Reconsider the design of CPP in light of increasing variations in labour force participation

CPP already has drop-out provisions for parents of children under the age of 7. In addition, there is a general drop-out provision. Recommendations elsewhere in this report suggest the development of drop-out provisions for care-giving. As it continues its study, the Committee will explore whether programs such as CPP continue to be responsive to the increasing variability in labour force participation over time. Could a life-course analysis and approach result in greater flexibility and security over a lifetime, including at the time of retirement?

Chapter 4: Healthy Aging

The Committee heard repeatedly that health is fundamental to quality of life for Canadian seniors. The health of seniors is determined by many variables. Witnesses reiterated the importance of the determinants of health and the population health approach identified by the Public Health Agency of Canada in enhancing the quality of life for seniors. Health determinants, such as income and social status, social support networks, education and literacy, and employment/working conditions, have cumulative effects on health and well-being in later life. When the determinants of health are positive throughout life, seniors spend more years as 'young old' and 'middle old,' and fewer years in the 'frail old' stage of life.

Canadians are not only living longer, but they are also living longer in good health. Indeed, some may remain in good health all their lives. Recognizing that aging is often associated with physical and mental decline, the Committee sought options for building health, activity and fulfillment into the senior years.

This chapter provides options identified by witnesses related to the services needed by older Canadians for prevention, management, and treatment of their physical and mental health. It includes discussions on health promotion and disease prevention, the care versus cure debate, the need for specialists in gerontology and geriatrics, chronic disease, palliative care, mental health and the health needs of groups under federal jurisdiction.

The Committee recognizes that there may be other as yet unidentified options for promoting healthy aging and welcomes discussion on those as well as the options outlined herewith.

4.1 Health Promotion and Disease Prevention

Health promotion and disease prevention strategies can keep people healthier and improve their quality of life. By reducing the rates and impacts of certain conditions, they can also help contain healthcare costs. Health promotion initiatives, such as nutrition and physical activity programs, reduce many risks associated with aging. But for prevention strategies to be most effective, they must be directed at people of all ages, and not just seniors.

One important issue for health promotion for seniors is falls and injury prevention. Injuries from falls can have a disastrous effect on the health and autonomy of seniors. The Committee heard that among seniors, falls are responsible for 84 percent of injury-related hospital admissions and 40 percent of admissions to nursing homes or long-term care facilities.

Physical weakness and hazards in the environment are the principal risk factors for falls. It has been suggested that reversing strength loss in many older people could have a significant impact on the health of the country. Options for promoting physical activity among seniors are discussed more fully in Chapter 2. Witnesses have also raised the problem of poor footwear, stressing the importance of choosing proper shoes to prevent falls.

Falls can also be associated with the use of certain medications. The chronic conditions associated with aging require a variety of medications, each with potential side effects and possible negative interactions. Studies have revealed that between 18 and 50 percent of drugs taken by seniors are not used appropriately. It is not surprising, then, that between 19 and 28 percent of hospitalizations of patients over the age of 50 are attributable to medication problems.

The cost of medications is also a concern for seniors living on fixed incomes. The Committee has heard that prescription drug insurance coverage varies significantly from province to province, leaving many seniors vulnerable to financial hardship. For example, medications approved by Health Canada to treat Alzheimer's disease may not be listed on all provincial formularies, preventing access to seniors who cannot afford the high cost of purchasing the medication.

The following option for affordable medications has been identified by witnesses:

34- Establish a national comprehensive publicly-insured or publicly-privately-insured prescription plan

Recognizing that the cost of prescription drugs has risen dramatically in recent years, a national plan would ensure equitable access to medically necessary medications across the country, regardless of ability to pay.

Options for Improved Nutrition

The role of food in promoting good health and in preventing ill health is well documented. Seniors can prevent or control the higher

rates of heart disease, cancer, high cholesterol and high blood pressure associated with aging through healthy eating and regular physical activity.

Witnesses noted that healthy nutrition needs to be encouraged from an early age. The entry point for preventing obesity among future generations of seniors lies with changes to the eating habits of today's children and youth.

Barriers that can prevent seniors from maintaining a healthy diet include lack of dental care and the cost of food. Because dental care and dentures may not be publicly funded through the health care system, some seniors cannot eat properly. Low income households in northern communities also have problems accessing affordable food.

The following options for improving nutrition have been identified:

35- Introduce public information campaigns about nutrition, targeted at seniors and the general population

A better understanding the negative effects of poor nutrition can reinforce campaigns aimed at current and future seniors.

36- Ensure that the dental care programs for First Nations and Inuit, veterans, and inmates in federal facilities cover the costs of dentures

Ensuring that seniors for whom the federal government has direct responsibility have access to dentures when needed is a first step to promoting proper nutrition.

Options to Combat Abuse and Neglect

Senior abuse includes financial, physical, sexual, and emotional neglect, abuse, and violation of rights and can be perpetrated in the home or in institutions. The Committee heard that fewer than one in five situations of abuse actually come to the attention of any public agency, and fewer still come to the attention of a public agency operating in the criminal justice system.

Witnesses talked about the many factors that contribute to the abuse of older Canadians, including caregiver burn-out, inadequate training of healthcare workers, and understaffed facilities. Although the care needs in long-term care facilities are increasingly complex, staff have not been sufficiently trained in complex care. This environment can contribute to staff burnout, decreased quality of care,

neglect and abuse. Caregiver supports are discussed more thoroughly in Chapter 5.

Witnesses have suggested that changes to the *Criminal Code* to create specialized offences for elder abuse are not necessary – proper enforcement under existing laws would be sufficient. Ontario's Bill 140 has been cited as a widely-acclaimed model for the way it sets standards and proposes a protocol in instances of abuse in the care of seniors.

The following options to address abuse and neglect have been identified:

37- Develop supports for caregivers and promote education to prevent burnout

Respite care services and support programs that help caregivers deal with the challenges they face can contribute to preserving the health and well-being of the caregiver, improving the care offered, and delay institutional placement or instances of abuse.

38- Improve training for the continuum of human resource workers on seniors' needs

A better understanding of seniors' needs can assist care providers in adapting services and responding more effectively to seniors' unique realities.

39- Share best practices on the prevention of elder abuse

A great deal of progress has been made in various jurisdictions' efforts to prevent elder abuse. Investments in transferring that knowledge would help other regions scale up their elder abuse prevention strategies.

40- Sign the Hague Convention on the International Protection of Adults

As a signatory to the Hague Convention, Canada would have mechanisms for settling international disputes that can arise when the care and competency of seniors crosses national boundaries.

4.2 Social Care

Healthy aging is not just about an absence of illness but is strongly related to the strength of social networks supporting Canada's seniors. The medical model is still dominant, however, when thinking

about seniors' health. Witnesses drew a distinction between "curing" associated with the medical model and the "caring" needs of people in the community and the home. The level of social care provided through community and family is important to health status.

Older Canadians face a complex web of social and health services from multiple levels of government, with mandates that overlap those of community and private sector organizations. A comprehensive approach integrating health and social services for older adults has been shown to be cost-effective and to reduce rates of institutionalization. Options for moving toward a more integrated system of care are discussed in Chapter 5.

4.3 Gerontological and Geriatric Specialization

There is a shortage across the country of individuals trained through gerontology and geriatrics. This is compounded by the small numbers of medical students entering the field, and the aging of the healthcare workforce.

The incorporation of interdisciplinary education about aging into the core programs of all health professionals would improve the delivery of age-appropriate services. Expanded professional training in geriatric medicine, gerontological social work and gerontological nursing would help address the health human resource needs of the aging population. Witnesses have also suggested that finding a way to recognize the credentials of immigrants with health care training, and to raise the level of necessary credentials in a timely fashion, could also help alleviate the shortage of health care professionals.

The following option has been identified to address the need for more individuals training in geriatrics and gerontology:

41- Support capacity building projects for training in geriatrics and gerontology

Increasing the number of geriatric and gerontological training programs, or expanding the number of students existing programs are able to reach, would help strengthen gerontological and geriatric education in Canada.

4.4 Chronic Diseases

Chronic disease is a major concern for seniors. The Committee has heard that the most common chronic conditions affecting seniors are heart disease, arthritis, diabetes and dementia. Although 70 percent of seniors who suffer from one chronic disease also suffer from other additional chronic conditions, the management of co-morbidities has not been well studied. Chronic disease affects people's physical, emotional and mental well-being and often makes it difficult for them to carry out daily tasks.

The healthy aging framework and attention to the social determinants of health can provide ways to prevent the development of chronic disease. This is particularly important for Aboriginal peoples, who are especially affected by chronic diseases. First Nations seniors report suffering from concurrent, long-term health conditions such as arthritis, rheumatism, high blood pressure, asthma, heart disease, and type 2 diabetes.

4.5 Hospice Palliative and End-of-Life Care

Hospice palliative and end-of-life care is often said to not be about dying but about living well until the end. Through pain and symptom management, as well as physical, emotional, psychosocial, and spiritual care, those at end of life, and their families, are supported. It is an issue especially important to seniors and their families. More than 259,000 Canadians will die each year, and approximately 75% of these deaths will be people 65 years and over. Statistics Canada has projected that the rate of death in Canada will increase by the year 2020 to more than 330,000 deaths, an increase of 33 percent over 2004. Witnesses have estimated that each death potentially impacts the health and well-being of an additional five people.

There are many disparities in the delivery of palliative care across Canada, and it is estimated that only 25% of Canadians requiring hospice palliative and end-of-life care services are able to access these services. Considerable evidence exists that older people suffer unnecessarily due to widespread under-assessment and under-treatment of their problems as well as lack of access to hospice palliative care.

The following options have been identified for improving access and availability of quality end-of-life and palliative care:

42- Implement a funded national partnership on palliative care

Such a partnership would provide leadership and vision and promote standards and best practices necessary to ensure the provision of quality end-of-life care for all Canadians.

43- Implement a public education program to inform Canadians about end-of-life services and the need for advance care planning

44- Increase training and education opportunities surrounding palliative and end-of-life care for health professionals and volunteers

45- Apply the gold standards in palliative home care to veterans, First Nations and Inuit, and federal inmates

The Canadian Hospice Palliative Care Association and the Canadian Home Care Association have issued gold standards in palliative home care. The federal government could assess whether they are meeting the standards for veterans, First Nations and Inuit, and federal inmates. They could then develop an implementation plan to address shortcomings.

4.6 Mental Health, Mental Illness and Dementia

In addition to physical illnesses, seniors experience mental illnesses including mood, anxiety and psychotic disorders as well as emotional, behavioural and cognitive complications and a variety of brain diseases such as Alzheimer's disease, stroke and Parkinson's disease. Witnesses reminded the Committee that while some individuals experience the onset of mental illnesses as a senior, others have lived with mental illnesses much of their lives. Nonetheless, mental health problems in later life are significant and frequently complicated by disability and poor social support. Studies suggest that between 15% and 25% of nursing home residents have symptoms of major depression, and another 25% have depressive symptoms of lesser severity. The Committee heard that problems such as depression are too often viewed as an inevitable part of aging.

Witnesses called for specific interventions designed to delay the onset of mental illness or dementia; for supports to mitigate the impacts of the disease on patients and their families; and for early diagnosis. Options for supports to individuals and their families are addressed in Chapter 5.

The following option has been identified:

46- Develop tools to facilitate the early diagnosis of mental health conditions

Timely diagnosis could allow for the use of effective therapies to slow the progress of Alzheimer's disease, reduce excess disability caused by depression and anxiety, and allow for patients with treatable conditions to regain their quality of life and prevent or delay long-term care placement.

4.7 Groups under Federal Jurisdiction

While any focus on healthy aging falls across a range of jurisdictions, the federal government has more room for action when meeting its responsibility to ensure that health care services are provided directly or indirectly to several specific population groups, including veterans, on-reserve First Nations and Inuit, and federal offenders.

Veterans

Veterans Affairs Canada currently provides veterans who meet certain criteria with medical, surgical, dental, psycho-geriatric, palliative and respite care along with other community health care services and benefits on the basis of need. The department's Gerontological Advisory Council has recently promoted a comprehensive, integrated approach that would lead to improved health, quality of life, and satisfaction for older adults. It also reduces both the burden on family caregivers and health care costs. The social care components of services to veterans are discussed in Chapter 5.

First Nations and Inuit

Health Canada currently offers health services – considered to be medically necessary but not covered by private or provincial/territorial health plans – through the Non-Insured Health Benefits (NIHB) Program. Health Canada also provides a range of community-based programs for seniors while Indian and Northern Affairs Canada supports social programs.

Witnesses told the Committee that NIHB costs have increased about 14 percent every year but because of cost containment, the program is capped at 3 percent. The cost containment is seen as detrimental to the development of long-term care measures and has

led to the elimination of foot care and other supportive services directly affecting elders and potentially leading to increased levels of disability. As well, some health and social providers are asking for cash before giving services, creating a significant barrier for low income individuals.

The following options have been identified:

47- Remove the 3 percent cap on NIHB health services

Alternative cost containment mechanisms can be sought which impose a less arbitrary measure of health service needs.

48- Expand eligible expenses under the Non-Insured Health Benefits Program to include the cost of foot care

In a time of growing diabetes rates, not providing foot care will only create more significant – and costly – complications for First Nations seniors.

Federal Inmates

The Correctional Service of Canada (CSC) is responsible for the care and custody of offenders serving sentences of two years or more. Senior inmates form a small but growing proportion of these inmates. CSC defines senior inmates as inmates aged 50 and over, because research has demonstrated that the aging process is accelerated by 10 to 11.5 years for offenders due to the cumulative effect of factors such as socioeconomic status, lifestyle and access to health care.

CSC has a legal obligation to provide inmates with essential health care. However, the Committee heard that some offenders miss medical appointments because it is not possible to find an escort to accompany them. It also heard that access to patient-centred chronic, long-term and palliative care in federal corrections is very limited, and additional resources are required. Further options relevant to the health of federal offenders are outlined in Chapter 5.

The following option to address these issues has been identified:

49- Ensure that senior inmates in correctional facilities receive necessary support aids in a timely fashion

The Office of the Correctional Investigator has investigated cases involving significant delays in obtaining items critical to an offender's well-being and dignity, such as hearing aids, dentures and adult incontinence products.

Chapter 5: Aging in Place of Choice

Canadians should be able to grow older in the place of their choice. Most seniors express a strong preference for staying in their homes as they age. Sometimes supports are required to allow seniors to age in the place of their choice. Currently, the labour force is structured in such a way that family members and friends often have great difficulty balancing work and care for the frail elderly. Although formal supports can supplement the support of family members, there are significant differences across the country in the formal supports to seniors.

This chapter outlines a series of issues and options proposed by witnesses before the Committee related to aging in place of choice. It presents options relating to housing, home support and home care, transitioning to integrated care, and needs of groups under federal jurisdiction.

The Committee recognizes that there may be other as yet unidentified options for supporting aging in place of choice and welcomes discussion on those as well as the options outlined herewith.

5.1 Housing

Most seniors (93%) live in private homes, and have a strong preference for staying in their own homes. Factors which push seniors to move out of their homes include inappropriate design or size of the home, loss of a spouse or decline in health. Some may no longer be able to afford their homes or keep up with home maintenance.

The Committee has heard it is more efficient to plan and build housing and neighbourhoods that will continue to meet the needs of people as their health status changes. While building regulation is the responsibility of provincial and territorial governments, most provinces and territories adopt or adapt the model *National Building Code* and enforce its requirements.

CMHC has two programs, the Residential Rehabilitation Assistance Program and the Home Adaptations for Seniors' Independence (HASI) program, to make sure that homes can be adapted to allow low-income seniors to live independently in homes that meets basic health and safety standards.

Furthermore, the Committee has heard that the lack of affordable housing poses particular challenges for single seniors, seniors in urban areas and Inuit seniors. Aboriginal organizations have stressed that the lack of quality, affordable housing is one of the greatest challenges to Inuit, Métis, and First Nations seniors.

The following options have been identified to address housing design, affordability and adaptability:

50- Increase publicity about CMHC home adaptation programs

The Committee has heard that some Canadians who are in need of funding for renovations may not know that these programs exist.

51- Increase the stock of affordable housing across the country

52- Increase the availability of vouchers to allow low-income seniors to pay for adequate housing

53- Ensure that the standards for barrier-free design that are already contained in the *National Building Code of Canada* are consistently met by builders or enforced by inspectors

Options for Assisted Living and Supportive Housing

For seniors who need more assistance, supportive housing can provide support services such as meals, housekeeping and social and recreational activities. The Committee has heard that the costs of supportive housing, difficulties accessing information on available choices, and the lack of regulation are issues which need to be addressed.

The cost of supportive housing is a barrier for some seniors. Seniors who own their homes may feel that they can control their costs at home better than in supportive housing. The Committee has heard that it is very difficult to access information on supportive housing options in other jurisdictions, posing a challenge for seniors who may want to move.

Supportive housing and assisted living are not heavily regulated across the country. Witnesses have noted that some assisted living facilities are providing levels of care that go beyond basic supports,

cautioning against assisted living facilities becoming entrenched as unregulated long-term care facilities. There is an assumption that supportive housing needs minimal regulation because consumers can exercise choice, thus placing upward pressure on service standards. This requires choice for consumers – a choice which does not exist in many parts of the country.

The following options have been identified concerning supportive housing:

54- Increase the stock of affordable supportive housing

Would initiatives to increase the supply of affordable supportive housing put upward pressure on all providers of supportive housing to ensure that minimal standards are met? Should the Canada Mortgage and Housing Corporation play a greater role in stimulating the development of supportive housing across the country?

55- Increase the supply of affordable supportive housing for First Nations and Inuit seniors

56- Improve the regulation of supportive housing across the country

Should the federal government play a role in the communication of best practices in regulation? Do different jurisdictions get together to so that they each do not need to “re-invent the wheel” in developing a regulatory framework for supportive housing?

57- Facilitate access to information about housing options across the country

Should a central information database be developed to share information on supportive housing options which exist throughout the country? If so, what would be the best way to get this information to seniors?

Options for Long-term Care

Although most seniors will not live in long-term care facilities, it is a necessary housing option in some instances. There is variation across the country in the level and type of care offered in long-term care facilities, co-payment arrangements, and how institutions are governed. The majority of these facilities (outside of Quebec) are privately owned, with the rest evenly distributed among non-profit

organizations and governments. The direct service role of the federal government for long-term care is elaborated in Section 5.4.

There is no portability for long-term care services between jurisdictions. Witnesses have suggested that Canadians may not be aware that services such as long-term care are not provided in the publicly funded health care system.

The portability criteria under the *Canada Health Act* ensures that residents moving from one province or territory to another continue to be covered for insured health services by the "home" jurisdiction during any waiting period imposed by the new province or territory of residence. This portability criteria does not apply to the extended health care services under the *Act*, including long-term care.

The following options have been identified:

58- Encourage the provinces and territories to make reciprocal arrangements to eliminate the waiting period for residents from another province

As they move across the country, seniors may have to pay the full fee of the long-term care facility for a waiting period before being eligible for cost-sharing through their new province or territory of residence. This is an insurmountable barrier for some seniors and their families.

59- Communicate information and best practices about adapting long-term-care facilities to address the needs of a multi-cultural society

Providing culturally sensitive services that meet the needs of immigrant seniors will become increasingly important to ensure that they find facilities that meet their needs.

5.2 Home Support and Home Care

Home care programs include professional services such as nursing, occupational therapy, and social work; personal care services to assist in the activities of daily living, such as bathing, toileting, transferring, and grooming; and home making and home support services such as cleaning, doing laundry and meal preparation. Much of the home care and home support required by seniors is provided informally within the family. This raises the issue of how we support informal caregivers.

Studies on the cost-effectiveness of home care have demonstrated that home care services generally cost governments less than residential care services for people with the same levels of care need. These studies have also found that the majority of the home care services required is for non-professional home support services. Approximately 32,000 individuals provide home support across Canada at this time, and that this number is likely to double in the next decade. Although these workers are part of the continuum of the workforce serving seniors, there are significant variations in qualifications and training requirements across the country.

The *Canada Health Act* makes reference to home care under its definition of extended health care services. Since the 2004 First Ministers' Accord on Health Care Renewal, however, short-term home care has been recognized as a part of the acute care system. Some have suggested that this focus on acute care home care has had the unintended negative consequence of reducing the availability of longer-term care.

The following options have been identified to improve access to home care:

60- Introduce a National Home Care Program

The patchwork quilt of home care services has resulted in a call for a national home care program with standards and with the provision of core services comparable from province to province. Would there be a danger that a national home care program would result in a reduction of services in jurisdictions which already have exceeded the scope of a standardized program? Given that different jurisdictions have different resources, is there a danger that a standardized program would put excess pressures on those jurisdictions which have less?

61- Address the uneven qualifications and conditions of work of home care staff

The Committee heard that non-professional or paraprofessional workers provide most of the paid home care services in the country. It has been suggested that the lack of a national human resource strategy and training standards for this sector has a significant impact on the quality of care from one region to another. Is there a role for the federal government in planning a human resource strategy aimed at home care workers? Could the federal government fund the creation of a national training curriculum for home care workers?

62- Create a registered chronic care savings plan

Because home care is not entirely publicly funded, some witnesses have suggested that Canadians be urged to save so that they will eventually be able to afford the services to meet their needs. This could be done through the creation of a registered chronic care savings plan, similar to an RRSP.

Options for Supporting Informal Caregivers

The aging population is translating into an increased need for individuals to care for family members or friends. Informal caregivers provide about 80% of all home care to seniors living in the community. The majority of family caregivers provide care because they see it as a family responsibility or they simply choose to do so. A significant number indicate they have taken on this role because there is no one else available or because there is a lack of home care services.

Being a caregiver presents physical, mental, emotional, and financial challenges to caregivers, particularly for those who balance caregiving and paid employment.

The following options for providing support to informal caregivers have been proposed to the Committee:

63- Provide information to caregivers

Caregivers need information and education to care for themselves as well as those they are supporting. In Canada, there is no one-stop shopping for caregivers.

64- Create a National Respite Program

Currently, the availability of caregiver support depends on where individuals live, how much money they have and for whom they are caring. The creation of a national respite program would help caregivers get the physical and emotional rest they need to provide care.

65- Make Changes to the Compassionate Care Benefit

Compassionate care benefits under the Employment Insurance program are paid to persons who have to be away from work temporarily to provide care or support to a family member who is gravely ill. Some eligible Canadians do not know about the program. A number of improvements have been suggested to make the EI Compassionate Care Benefit more flexible, more widely available, and available over a longer period of time. This

could include delivering the benefits outside the Employment Insurance program in order to extend eligibility for the Compassionate Care benefits to groups who cannot access Employment Insurance. Changes to the EI benefit might include: a broad public information campaign about the availability of the benefit; increases to the length of the benefit; and broader definitions for eligibility under the program.

66- Provide financial support to caregivers

A number of proposals have been put forth to reimburse caregivers for expenses or to provide financial recognition of their work. The federal government could offer enhanced financial assistance to home care consumers through allowances, tax deductions and reimbursable tax credits to offset the costs of caregiving at home. It has been suggested that the federal government could convene an expert panel on the financial security of caregivers.

67- Introduce a Canada Pension Plan (CPP) drop-out provision for caregivers

Taking time off to care for ailing family members can result in reduced entitlements under the CPP. The CPP currently allows people who have left the workforce temporarily to care for their children to drop these periods of little or no income from the calculation of CPP benefits. These CPP drop-out provisions could be extended to support informal caregivers who have left the workforce to care for ailing relatives.

5.3 Support for the Transition to Integrated Care

Allowing seniors to age in the place of their choice requires a myriad of services, including adequate and affordable housing options, long-term care, community support services and home care. Ensuring that the right care is delivered at the right time in the right setting requires a high level of integration and coordination of services. The Committee has heard compelling evidence that the most pressing need is the integration of the various support options available to seniors.

The integration of these services could alleviate the pressure seniors and their families currently face as they try to navigate the multitude of available services to meet ever-changing needs. Integration and coordination creates greater efficiencies and allows governments to get better value for money. A move toward integrated

care is happening in some jurisdictions across Canada, but there has been a lack of national leadership in this area.

The following options have been identified to address the need for integrated care:

68- Introduce a National Policy Initiative for Integrated Care

The federal government could help provincial governments address the costs of an aging population by helping them move toward models of integrated care. Witnesses have suggested that the federal government work with the provinces, through the Social Union Framework Agreement, to develop a federal funding initiative which would provide financial support to the provinces to facilitate the move toward integrated models of care for the elderly. The goals and conditions of the program could be designed to ensure:

- A move toward one-stop-shopping for seniors and their families;
- Improved portability of services between provinces; and
- A greater emphasis on independent living.

69- Share of best practices related to integrated care

Integrated care is happening across the country with minimal opportunities to share experiences across jurisdictions. This is even the case between government departments with Veterans Affairs offering one of the leading models of integrated care in the country in contrast to the care provided by the Government of Canada for First Nations people. How could the federal government facilitate information sharing in this area?

5.4 Groups under Federal Jurisdiction

The federal government delivers direct services to eligible veterans, First Nations on-reserve and Inuit in designated communities and federal inmates.

Veterans

The Veterans Independence Program (VIP) is a national home care program provided by Veterans Affairs Canada to help eligible veterans remain in their own homes or communities. Through this program, war service veterans who served during the First and Second

World Wars and the Korean War may be eligible for a range of services, including grounds maintenance, housekeeping, personal care services, access to nutrition services, and health and support services.

The following options have been proposed by veterans' organizations:

70- Create a needs-based 'Seniors Independence Program' for all Canadian seniors, modelled after the Veterans Independence Program (VIP)

71- Expand the Veterans Independence Program to all Canadian Forces veterans

Many Canadian Forces veterans, including peacekeepers, are not eligible for the Veterans Independence Program.

First Nations and Inuit

If services to veterans represent a model of supports to seniors, the same cannot be said of the services to First Nations and Inuit seniors. The housing needs in First Nations and Inuit communities are great. Representatives of First Nations, Inuit and Métis peoples have made it clear that the primary need of seniors is access to adequate and affordable housing.

Although Health Canada's First Nations and Inuit Home and Community Care Program serves seniors, persons with disabilities and persons suffering from chronic illness, and Indian and Northern Affairs Canada (INAC) operates an Assisted Living Program that provides non-medical social support services to First Nations people, there are significant support needs among First Nations and Inuit people. The Committee has heard that a 20-year long moratorium has been in place in terms of the construction and operation of personal care homes. The Committee has also heard that inadequate medical and support services on reserves can exclude Aboriginal seniors from the benefits of living and/or dying at home with their family.

Indian and Northern Affairs Canada and Health Canada are co-funding a multi-stakeholder initiative for developing a national policy program and program framework for continuing care, of which assisted living is an integral part.

The following options have been proposed to the Committee:

- 72- Increase the stock of adequate and affordable housing for First Nations and Inuit**
- 73- Provide First Nations and Inuit with the same package of services available to war service veterans in the VIP program**

Federal Inmates

The Correctional Service of Canada (CSC) is responsible for the care and custody of offenders serving sentences of two years or more. The needs of senior offenders are different from those of younger offenders. Although research indicates that programs designed specifically for senior offenders have positive outcomes, such support may not be currently available in federal institutions.

Options which have been proposed to the Committee include:

- 74- Implement the recommendations contained in the Correctional Service of Canada's (CSC) *Report on Elderly Offenders***

In 2000, the CSC developed a strategy that would make it possible to better meet the specific needs of older offenders. The Committee has heard that implementation of this strategy has been stalled.

- 75- Amend the Corrections and Conditional Release Act by adding offenders who are elderly or who have serious health problems to the list of offender groups with special needs**

The Elizabeth Fry Society suggested that conditional release arrangements could provide opportunities for individuals to go into senior homes, other age-appropriate residences or palliative care facilities instead of trying to develop those within prisons themselves.

- 76- Amend the Corrections and Conditional Release Act to make terminally ill offenders serving life sentences or indeterminate sentences eligible for parole on compassionate grounds**

The Committee has heard that Section 121 of the *Corrections and Conditional Release Act* allows parole by exception to be granted to an offender who is terminally ill, whose physical and mental health is likely to suffer serious damage if the offender

continues to be held in confinement, or for whom continued confinement would constitute an excessive hardship that was not reasonably foreseeable at the time the offender was sentenced. These exceptions do not apply to an offender who is serving a life sentence imposed as a minimum punishment, commuted from a sentence of death or serving a penitentiary sentence for an indeterminate period.

Chapter 6: Regional Distribution of Health Costs Associated with Seniors

The Committee has heard that labour force mobility has exacerbated the aging of the population in some jurisdictions, particularly Atlantic Canada. Because the costs of providing health care to seniors is higher than for other age groups, per-capita health funding through the Canada Health Transfer may eventually result in a widening gap in the basket of services provincial and territorial governments will be able to provide to seniors as the population ages. This chapter will examine options for addressing this issue.

The Committee recognizes that there may be other as yet unidentified options for addressing the regional distribution of health costs associated with seniors and welcomes discussion on those as well as the options outlined herewith.

6.1 Seniors and Health Care Costs

It is well documented that as people age, their use of the health care system increases. The Canadian Institute for Health Information (CIHI) reports that while seniors today are generally healthier than those of previous generations, they remain more likely than younger people to have chronic conditions and to suffer from poor health, and consequently also require and use more health care services.

This fact has important implications for the cost of delivering public health care in Canada. Health care expenditures, most of which fall under the jurisdiction of provincial and territorial governments, are significantly higher on a per capita basis for seniors than for the population as a whole.

Indeed, for most of a person's life, the cost of health care is relatively uniform. With the exception of the first year of a child's life, the average per capita cost to provinces and territories of providing public health services varies little from childhood through to about age 50. At that point, however, CIHI data show that costs begin to rise exponentially. From \$1,898 for Canadians aged 45-49, provincial and territorial expenditures on health services rise to \$5,412 per person for those 20 years older. For Canadians aged 85 and over, the average

cost of provincial/territorial government health care services was over \$20,000.

For many, the combination of an aging population and the increased cost of providing health care services to the elderly signals an impending crisis for the public health care system. It is frequently argued that as the average Canadian grows older, the burden on public health care spending will increase dramatically. Indeed, provincial and territorial government expenditures on health care are already growing at a rapid rate, rising by an average of 6% per person since 1999. These rising costs are seen by some as an early warning that the health care system as it exists today will not be able to withstand the pressures of an aging population.

This viewpoint persists in spite of a large body of evidence to the contrary. Several studies have concluded that the effects of population aging on public health care expenditures are, in fact, minimal; an aging population does contribute to rising health care costs, but its effects are modest.

If demographic trends are not a major driver of health care costs in Canada, then why are those expenditures rising? The two major factors behind this increase are inflation and the expansion of health care services. This expansion includes innovations and developments such as the increased availability of drugs, technological advances, improved surgery techniques, and an increase in the capability, and use, of diagnostic imaging equipment.

Moreover, while medical innovations can result in more effective health care treatment, in many cases improvements also lead to increased use of the health care system. Less invasive techniques, better drugs, improved diagnostic capabilities, and faster recovery times all increase demand for medical treatment. At the same time, as Canadians are living longer and healthier lives, many are in a better position to benefit from certain types of medical treatment. This is particularly true of seniors.

Hospital utilization rates and other instances of health care service use by the elderly have risen dramatically in recent years. For instance, in the five-year period from 2000-2001 to 2005-2006, total

angioplasties performed in Canada rose by 62%, knee replacements by 84%, hip replacements by 47% and cardiac surgeries by 33%.⁵

There is thus a critical distinction to be made between the effects of an aging population and rising consumption of health care services. While demographic change may not be a major driver of health care expenditures in and of itself, the amount and cost of health services demanded by seniors is increasing considerably.

In other words, it is not the aging of the population that is driving up health care costs in Canada, but rather, the fact that demand for health care services by seniors is increasing. The rise in per capita consumption of health care services by seniors accounts for about two thirds of the change in national health care expenditures over the past thirty years. Indeed, in the late 1990s, the provincial and territorial governments identified growing demand for health services by seniors as the basis for their request for additional financial support from the federal government under the Social Union Framework Agreement.

6.2 Demographic Projections for Provinces and Territories

The issue of growing demand for public health care services by seniors is complicated by the fact that there are differences in the age structure of the population across the provinces and territories. A number of demographic and socioeconomic factors have contributed to the fact that seniors represent a higher proportion of the population in some provinces compared to others. Moreover, demographic projections indicate that these differences will, for the most part, widen over time.

Differences in Population Age and Structure by Province

That the Canadian population is aging is well established. From 1971 to 2006, the median age in Canada – the age at which half the population is younger and half is older – rose from 26.2 years to 38.8 years. In 1971, 7.9% of the Canadian population was over the age of 65. In 2006, that was true of 13.1% of the population.

⁵ M. Lee, *How Sustainable is Medicare?: A Closer Look at Aging, Technology and Other Cost Drivers in Canada's Health Care System*, Canadian Centre for Policy Alternatives, Ottawa, September 2007.

However, the population is not aging at the same rate across Canada. There is a growing east-west divide, in which the populations of the five easternmost provinces are, in general, older and aging more quickly than the populations of the five westernmost provinces and the three territories.

A similar trend is evident when considering the proportion of seniors in each province. Alberta is by far the youngest province in Canada and also has by far the lowest proportion of seniors. While seniors made up 13.1% of the total population in Canada, they accounted for only 10.4% of the population in Alberta.⁶ Ontario is also home to a lower-than-average share of seniors, at 12.8%.

At the other end of the spectrum, Saskatchewan has the highest proportion of seniors at 14.9%, although, unlike all other provinces, this share is not growing; it has been relatively constant since the mid-1990s. Aside from Saskatchewan, the three Maritime Provinces have the largest proportion of seniors in their populations.

Differences in population age and the proportion of seniors across the provinces are the result of a combination of several factors. Perhaps the two most important of these are birth rates and inter-provincial migration trends.

High birth rates lower the median age of the population and also indirectly reduce the proportion of seniors in the total population. In Canada, birth rates are highest in the three Prairie Provinces, while the country's lowest birth rates are found in Newfoundland and Labrador, Nova Scotia and New Brunswick.

More significant is the impact of inter-provincial migration across Canada. Each year, about 1% of the Canadian population moves to a new province or territory. In 2005-2006, for example, nearly 333,000 Canadians are estimated to have changed their province or territory of residence. Although a 1% annual rate of migration may not seem significant, when multiplied over decades it can result in large population shifts across the country.

The general trend of inter-provincial migration is of young Canadians moving from poorer provinces to those where economic opportunities are greater. Since the early 1970s, there has been a

⁶ It should be noted that the proportion of the population over 65 is far lower still in the three territories: 7.5% in the Yukon, 4.8% in the Northwest Territories and 2.9% in Nunavut.

large net flow of inter-provincial migrants out of the Atlantic Provinces (except PEI), Quebec, Saskatchewan and Manitoba. Ontario, Alberta and BC have been the primary beneficiaries of these migration flows. Students and young working-age Canadians, those 20 to 39 years old, accounted for half of all migration in the past five years. Another quarter of inter-provincial migrants were under 20.

Demographic Projections through to 2031

Because of factors like inter-provincial migration and birth rates, differences in population age structure across the provinces and territories are expected to widen in the future. Statistics Canada has published data projecting provincial and territorial population, by age, through to 2031 under a range of growth and migration scenarios. According to figures under the conservative “medium growth, medium migration” scenario, seniors will represent a higher share of the overall population in all provinces in 2031 compared to 2006. However, the population of seniors is expected to grow faster in provinces where seniors are already more prevalent.

Nationally, seniors made up 13.1% of the population in 2006, a figure expected to rise to 23.4% by 2031. In Atlantic Canada and Quebec, however, the proportion of seniors is projected to be markedly higher in 2031, ranging from 25.3% of the total population in Quebec to 29.5% in Newfoundland and Labrador.

In the western provinces, demographic factors and migration patterns work in the opposite direction. Higher birth rates and/or an influx of migrants from other provinces are expected to slow the relative growth of the over-65 population. By 2031, the proportion of seniors in the western provinces is projected to range from a low of 21.4% in Alberta to a high of 24.9% in neighbouring Saskatchewan.

6.3 Consideration of Expenditure Needs in Federal Transfers

The average cost of delivering public health care services rises rapidly for Canadians over the age of 50. At the same time, migration trends and other factors are causing some provinces to age more rapidly than others. This combination represents a significant policy challenge for Canada.

Public health care is already the single largest area of expenditure for provincial and territorial governments. Nearly 40% of

provincial/territorial program spending is on health care. The fact that the population is aging more rapidly in some provinces suggests that the cost of delivering health care services will also rise faster in those jurisdictions. Moreover, many of the provinces in which the proportion of seniors is rising fastest are also among the poorest in Canada.

The provinces and territories receive financial assistance from the federal government to help offset the cost of providing health care and other public services. According to data from the Department of Finance Canada, the federal government provided transfers to other levels of government totalling \$43.5 billion in 2006-2007, equivalent to 19.6% of total federal budgetary expenditures. The vast majority of these funds (92.4%) are delivered through three major transfer programs – Equalization, the Canada Health Transfer (CHT) and the Canada Social Transfer (CST).

It has been suggested that the federal government consider adjusting its system of transfer payments to reflect differences in age-based expenditure needs across the provinces. The Committee has identified two broad ways in which this could be done. The first is by incorporating age-based expenditure needs into one or more of Canada's existing major transfer payment programs. The second is by creating a separate and distinct transfer to address that specific policy challenge.

There are a number of options for amending the existing transfer payments. These options and the option for creating a new transfer payment are outlined below. The options outlined below are not intended to be exhaustive. The Committee is welcoming input on these and any other options which might be identified.

Options for Incorporating Age-Based Expenditure Needs into Equalization

Equalization is a federal formula-based transfer program that helps to smooth out the differences in revenue-generating capacity across the provinces. On the surface it is intuitively simple - equalization provides annual cash payments to those provincial governments that have a relatively weak ability to generate revenues using the tax bases at their disposal. Equalization is governed by the principle that provinces should have access to sufficient revenues so as to be able to provide a reasonably comparable level of services at a reasonably comparable level of taxation.

Although the principle of equalization is simple, the program itself is complex. Through an established formula, equalization creates a Representative Tax System (RTS) which evaluates how much money each province could raise (on a per capita basis) if all provinces had the exact same tax rates. Each province's per capita total under the RTS is then compared with the average for all ten provinces. If a province's per capita total is below this standard, then, subject to some conditions, it qualifies for as much equalization as necessary to reach the standard.

Because equalization is formula-driven, the total cost of the program varies from year to year depending on the relative economic strength of the provinces. If the gap between rich and poor provinces falls, whether because of weakness in the former or strength in the latter, total payments fall. Conversely, if the gap between rich and poor provinces rises, again whether because of strength in the former or weakness in the latter, total payments rise.

However, equalization only addresses one half of the fiscal equation. It is silent on the issue of expenditure needs or the cost of delivering services. Once equalization entitlements are calculated, population size is the only direct determinant of the value of total payments.

There are three basic options for reforming equalization to account for differences in population age.

77- Reform the Existing Equalization Program

Perhaps the most straightforward way to incorporate age-based needs into the present equalization formula is to introduce a provision that adjusts per capita payments according to population age. For instance, for every resident over a certain pre-determined age, a province would receive a premium on its equalization payments. One example of such a program would be that provinces could receive 110% of their per capita equalization entitlement for every individual over the age of 65.

To incorporate such a reform would be easy to implement, but it comes with several drawbacks. Foremost among them is the fact that population age is already reflected in the equalization program as it exists today.

Equalization compensates provinces that, loosely speaking, have a below-average ability to generate own-source revenues. A province

with a proportionately large share of seniors would, all else being equal, already have lower revenue-generating capacity. Seniors earn about 80% of the total income of the average Canadian, meaning that a government's ability to raise income tax revenue is more limited in a province where seniors are more prevalent. A high percentage of retired seniors could also affect a province's fiscal capacity in other revenue fields, like payroll taxes, for example. These factors are already reflected in the equalization program as it exists today.

Moreover, the intent of equalization is to ensure that all provinces have access to a reasonably comparable level of revenues with which to finance government services. Considering the multitude of factors that affect provincial government finances, it might be difficult to make the case that special allowances should be made for age-based needs, but not other factors.

78- Introduce an Age-Based Expenditure Needs Component to Equalization

A second option is to introduce an age-based fiscal need component to equalization. Under such a program, a measure would be made of the relative cost of delivering a broad series of provincial government services by age range. Provinces which had a higher-than-average expenditure burden owing to the age structure of their population would then be compensated for this difference via the equalization program.

Under such a program, a province's total equalization payments would be a function of two considerations: its fiscal capacity relative to the other provinces; and the cost of providing services based on the age structure of its population relative to the other provinces. The positive and negative equalization entitlements that result from each would be added together to arrive at a final payment value.

A carefully-devised program which accurately calculated age-based expenditure needs would be an effective vehicle through which to compensate provinces where the cost burden associated with population age is higher. However, while creating such a mechanism is feasible, it would likely be quite contentious.

One problem is that it would be difficult for the federal government and the provinces to find agreement on how age-related costs are to be measured. Another is the fact that a balance must be struck between simplicity and comprehensiveness. Simple measures of age-based needs need not be costly or difficult to make, but that

simplicity often comes at the expense of accuracy. By contrast, it may be possible to design a thorough measure of age-based needs, but the expense in data collection and calculation could be formidable.

Witnesses appearing before the Committee offered two other concerns with the idea of incorporating age-based needs into the equalization program. If the number of seniors – or some other measure of population age – warrants consideration in the equalization formula, then the same could be said for provincial infrastructure needs, the number of university students or even snow removal costs.

In addition, there is an important distinction to be made between expenditure needs and the cost of providing services. A province like Newfoundland and Labrador, which has a large proportion of seniors, may have greater expenditure needs because it must provide more health services and long-term care facilities to seniors, for example. At the same time, however, while there are relatively fewer seniors in Alberta, the *cost* of providing those same services is higher because of factors like higher wages and salaries and the price of real estate. The province in which the fiscal burden is greater is not immediately obvious.

79- Introduce a Comprehensive Fiscal Needs Component to Equalization

Another way to incorporate age-based expenditure needs into equalization is to create a comprehensive equalization program – one which not only equalizes provincial revenue generating capacity, but all provincial expenditure needs as well. To the extent that population age affects the cost of delivering health, education, social services, and other provincial government services, these additional costs would then be reflected in equalization entitlements.

For the purposes of equalization, expenditure needs can be measured in one of three ways: by estimating the cost of providing a standardized set of public services; by using observed historical spending patterns and average costs for various expenditure types; or by creating a Representative Expenditure System (RES), an approach analogous to the RTS on the revenue side. This third approach is the most thorough and best captures the spirit and intent of the equalization program.

While a comprehensive RES is intuitively desirable, it is also considerably more difficult to set up and may lack the transparency of

a simpler approach. Indeed, creating an RES requires the following steps:

- Determining which categories of expenditures will be included;
- Determining, and differentiating, the influence of both cost and need on overall expenditures; and
- Creating a national standard against which to measure provincial spending in each expenditure category.⁷

In each of these steps, the capacity for disagreement with, and between, the provinces is considerable. Another issue with regard to creating an RES mechanism is the relationship between cost and need. While some may argue that the need for medical services is higher in provinces like Nova Scotia where the population is older, it is also true that the cost of providing services could be greater in wealthier provinces where wages and property values are higher. Both cost and need considerations should be included in any equalization program which considers provincial spending levels. However, the interplay between cost and need could have unpredictable results. In other words, it is possible that a detailed analysis of provincial government costs and needs could result in a *decrease* in equalization payments to recipient provinces.

In spite of these drawbacks, there is an intuitive appeal to a comprehensive equalization program. For many, ensuring that all provinces are capable of providing a similar level of public services requires some consideration of the relative cost of delivering those services across the country.

A number of countries around the world operate equalization programs that already incorporate some measure of expenditure need. The most notable example is Australia, which operates a detailed transfer program that considers 18 categories of revenue and 41 categories of expenditure.

Options for Incorporating Age-Based Needs into the Canada Health Transfer

The CHT is an unconditional transfer from the federal government to the provinces and territories intended to help offset the cost of providing health care services. The CHT was created in 2004

⁷ Vaillancourt, F., and Richard M. Bird, *Expenditure-Based Equalization Transfers*, ITP Paper 0512, June 2005, page 10.

when, in an effort to improve transparency and accountability, the former Canada Health and Social Transfer (CHST) was split in two, creating the CHT and the Canada Social Transfer.

The CHT is a two-part transfer. It consists of an annual cash payment and the nominal value (to each province) of a one-time transfer of tax room (in 1977) from the federal government to the provinces. The value of the tax room grows in line with the personal and corporate tax base, while the value of the cash component is determined in multi-year funding commitments.

The entire CHT is distributed on an equal-per-capita basis. However, the cash payment is the only *actual* transfer which takes place on an annual basis. The tax room vacated by the federal government over 30 years ago essentially acts as an offset to cash payments: since the total transfer is equal per capita, the higher the value of the tax points to a province, the less cash it receives.

For example, in 2007-2008, the total value of the CHT transfer was about \$1,054 per person. In Ontario, the tax point component of the transfer was worth \$425, while it was worth \$377 in Nova Scotia.⁸ As a result, Nova Scotia received higher cash payments – \$677 compared to \$629 in Ontario.

This method of distributing the CHT has been a long-standing point of contention between the provinces. While many provinces support the current method of distribution, some, like Ontario, have argued that all provinces should receive the same cash payments because the tax point transfer is strictly notional and has long been considered provincial own-source revenue.

In Budget 2007, the federal government announced its intention to move towards equal-per-capita distribution of CHT cash. However, because the government is in the midst of a 10-year funding commitment on health care, this move is not scheduled to begin until 2014-2015.

The transition to equal per capita cash transfers will be controversial. In order for all provinces to receive the same cash payments per person, those that receive lower payments today –

⁸ The value of the tax points to equalization-receiving provinces is equal to the combined value of the tax points themselves, as well as the equalization payments they receive on those tax points. As a result, the value of CHT tax points is nearly identical in provinces that qualify for equalization.

Alberta and Ontario – will have to be brought up to the level of the other provinces. This implies faster growth in CHT cash to the richer provinces, at least during the transition period. Poorer provinces interpret this transition as the federal government giving the most cash to those who need it the least. For the provinces that benefit, the increase in transfers simply rectifies a longstanding imbalance that has always favoured the poorer provinces. For its part, the federal government maintains that for poorer provinces, the recent changes to the equalization program – which have made that transfer more generous – should offset the slower growth in CHT cash transfers down the road.

The case for including age-based expenditure considerations into the CHT is perhaps stronger than the case for making related adjustments to the equalization program. Equalization is intended to help provinces afford to deliver a wide range of public services. By contrast, the CHT is targeted exclusively for provincial spending on health care service and, as described earlier, age is clearly a major determinant of public health care spending.

There are three broad options for how age-based needs could be incorporated into the CHT.

80- Weight Federal Health Contributions by Age

One option is to adjust the value of federal cash transfers to the provinces according to population age. This idea was proposed in 2002 by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. In its report, *The Health of Canadians – The Federal Role, Volume Six: Recommendations for Reform*, that Committee recommended weighting federal health contributions to each province/territory by the proportion of its population over the age of 70.

There are some drawbacks to this option, however. For one, weighting federal health contributions by age is necessarily subjective. The federal government would have to make choices as to which age thresholds it would consider, as well as how heavily to weight them. In both cases, there are a multitude of possibilities, making agreement across the provinces and territories unlikely.

Another drawback is that this option does not address the issue of expenditure need versus cost. Age is but one determinant of public health care spending. Geography, population density, transportation costs, property values, wages and population health all factor in to the

cost of delivering public health services. If a special adjustment is made for age but not any other factor, has the CHT been made fairer as a result?

81- Create a Measure of Age-Based Expenditure Need

To create an appropriate measure of age-based expenditure need requires a mechanism that isolates the impact of population age on health care costs. Not only is age one of many determinants of health care spending, but also the amount spent by provinces and territories on health care is a function of policy choice as much as it is of expenditure obligations.

One relatively simple way to isolate the effects of age on health care spending is to create a standard expenditure rate at each age range and then use this measure (and not actual provincial expenditures) as the basis for determining the effects of population age on total costs. This approach is not unlike the equalization formula. In equalization, provinces are compared not on their *actual* revenues, but on how much revenue each could generate if all had the same tax rates. In this case, provinces would be compared on how much their health care expenditures would be (by age range) if their cost structure was the same at all ages.

A 2002 Library of Parliament publication, *Incorporating Age-Based Needs into Federal Health Transfers* examined how such a program could be created. The process it outlines can be expressed through a series of questions (using Nova Scotia as an example):⁹

- 1) Using the national average health care expenditure rates, what are provincial health care expenditures by age in Nova Scotia?
- 2) If the population age structure of Nova Scotia was identical to the national average, what would provincial health expenditure requirements be, by age range?
- 3) At each age range, what is the difference between 1) and 2)?

In essence, this option works to isolate the effect of a province's age structure on health care costs. If its age structure creates an additional cost burden, then, like the equalization program, that province would qualify for federal health transfers to compensate for the difference.

⁹ M. Holden, *Incorporating Age-Based Needs into Federal Health Transfers*, PRB 02-53, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament, Ottawa, December 2002.

The most significant advantage to this option is that it incorporates age-based needs into health transfers in a policy-neutral way. The spending decisions of an individual province do not affect the amount of CHT transfers it would receive, except to the extent that one province affects the national average. This option also effectively isolates the impact of population age on provincial health care expenditures, independent of other considerations and does so in a relatively objective manner. Finally, by using national average health expenditures, it would not be necessary for the federal government to broach the contentious issue of finding an appropriate measure of age-based costs.

Although this funding option improves on some of the shortcomings of previous options, drawbacks remain. Because it mimics the equalization program, it could be subject to some of the same criticisms: complexity and a lack of transparency. Moreover, it does not address the fact that, once again, age is the only health-related cost factor to merit special compensation.

82- Introduce a Comprehensive Needs-Based Approach to Health Transfers

A final option is to include population age in a comprehensive measure of expenditure needs and cost pressures, one that takes into account all the major factors which affect provincial health care expenditures. This option is similar to the idea of creating a representative expenditure system for the equalization program, except that in this case, the representative expenditures would be limited to those in the area of health care spending.

As such, most of the advantages and disadvantages described in the equalization section apply here as well. The most significant advantage to creating a broad-based formula to estimate expenditure need in health care is that, if constructed carefully, it would reflect *all* the expenditure needs and cost pressures facing health care spending across the provinces and would distribute federal health transfers accordingly. Provided that there was widespread agreement from all stakeholders about how costs and needs were to be measured, such a transfer program would address the concerns of provinces with a rapidly-aging population, as well as those of provinces where the cost of delivering public health care is high for other reasons.

However, agreement would be difficult to achieve. Given that a host of indicators could be used to measure provincial and territorial health spending requirements, ranging from broad macro data like

average life expectancy, to the incidence of specific ailments, to detailed information about waiting times for certain types of surgeries, provincial/territorial governments are unlikely to reach a consensus on what the best approach should be.

A related concern is data collection. Not all provinces and territories gather the same information on health care, or necessarily use the same methodology to do so. The costs associated with standardizing data and arriving at a comprehensive formula to measure health care expenditure needs may be too high to be worthwhile.

Moreover, even if agreement could be reached on a way to measure expenditure needs for public health care, there is no guarantee that the end result would be more funding for provinces with a higher proportion of seniors. When age is lumped together with other cost and need considerations, it is conceivable that provinces with older populations could receive less than an equal-per-capita share of federal health transfers because the effects of these other factors could outweigh the additional expenditure needs associated with a higher proportion of seniors.

83- Reform the Canada Social Transfer to Include Age-Related Costs

The Canada Social Transfer is, in essence, the smaller twin of the CHT. While the CHT is intended to support provincial and territorial expenditures in health care, the CST is a block transfer in support of provincial and territorial government spending on post-secondary education, social assistance, and social services, including early childhood development, early learning and child care.

Until recently, the structure of the CST was identical to the CHT – the total transfer entitlement was a combination of notional tax points and cash, the sum of which was distributed on an equal-per-capita basis. However, it was announced in Budget 2007 that the federal government would move towards an equal-per-capita distribution of CHT and CST cash. While the change in the distribution of CHT funds is not expected to begin until 2014-2015, the CST became an equal-per-capita cash transfer in 2007-2008. The total value of cash payments that year was just under \$9.5 billion. Beginning in 2009-2010, CST cash will grow by 3% per year through to 2013-2014.

In an effort to improve transparency, the federal government also announced in Budget 2007 that it will provide information on the distribution of cash transfers within the various components of the CST. It is important to note, however, that the CST remains an unconditional transfer. Provinces and territories are free to spend the transfer as they wish.

For the most part, the CST is not pertinent to the expenditure needs associated with a population that is aging unevenly across Canada. Many of the programs supported by the CST are intended for younger Canadians. About 40% of CST cash in 2008-2009 is intended for spending on post-secondary education and support for children. The remaining \$6.2 billion is nominally earmarked to support provincial and territorial social services programs such as welfare. It is only to the extent that seniors qualify for these programs, or that senior-specific social programs exist in the provinces and territories, that the CST is relevant to the discussion at hand.

In fact, the notion that the distribution of CST transfers could be adjusted to reflect differences in population structure weakens the case for adjusting CHT transfers in a similar manner. If it can be argued that Quebec and the Atlantic Provinces are entitled to a greater share of CHT funding because seniors are more common in those provinces, then it could be argued with equal justification that Alberta, Saskatchewan, Manitoba and the three territories should receive a greater share of CST funding because they have a higher-than-average proportion of the population under the age of 30.

While it is true that the CHT is a considerably larger transfer than the CST, the net effect of a redistribution of transfers according to age-based needs is less than clear. It is for this reason, in fact, that federal transfers to the provinces and territories tend to be distributed on an equal-per-capita basis. Given the host of factors that affect costs and spending needs – not to mention the policy choices of individual governments – the equal-per-capita distribution of transfers is, for many, the most equitable approach.

CST transfers are only faintly pertinent to the fact that provinces which are aging at different rates face diverging expenditure burdens. For this reason, it may not be appropriate to offer recommendations on adjusting the distribution of this particular transfer.

However, several organizations have suggested that the transparency of CST payments could be improved. Specifically, they recommend that the CST be split into two transfers – one explicitly in

support of post-secondary education, and one for social programs and social assistance. Endorsing this view is an option for the Committee. For the most part, post-secondary education financing is not a relevant issue for seniors. By contrast, social assistance, welfare and poverty reduction are most certainly important issues affecting seniors. Splitting the CST in two would isolate the federal transfers that are most relevant to seniors and make it easier for seniors and other stakeholders to seek improvements in federal support in those areas.

84- Introduce a supplementary Program to Compensate Provinces for Uneven Aging

Instead of making changes to existing programs, it has been suggested that Canada introduce a new transfer program explicitly designed to address differences in population aging across the provinces. This idea was better received by witnesses, many of whom were opposed to making fundamental changes to Canada's existing system of federal-provincial transfers.

A direct transfer in support of provinces with a faster rate of population aging has several advantages. For one, because such a transfer would be separate from Canada's existing federal-provincial transfers, the role and purpose of each would be clear and transparent, preserving efficiency and accountability. Second, while public health care is perhaps the most important area where expenditure needs will vary across the provinces and territories, there are others as well. A transfer devoted to differences in population aging would allow for all age-related cost pressures to be reflected.

Finally, it was argued that it makes little sense to modify existing transfer programs for a temporary phenomenon. The Committee heard that the cost pressures associated with population aging will peak in the 2030s and then slowly fall back.

While there are ways in which existing transfers could be modified to reflect age-based expenditure needs, any such changes would likely be complex and controversial. The simplest and most straightforward way to help provinces with the costs associated with a population that is aging more rapidly might be to provide a separate and distinct transfer payment for that purpose.

List of Proposed Options

- 1- Provide tax credits for volunteerism
- 2- Ensure multi-year funding for volunteer activities
- 3- Invest in infrastructure for volunteer organizations
- 4- Initiate a skills matching program
- 5- Promote and recognize volunteerism throughout the life cycle
- 6- Expand educational tax credits
- 7- Support a life-long learning website
- 8- Carry out a life-long learning awareness campaign
- 9- Adapt New Horizons for Seniors for Aboriginals
- 10- Reduce isolation through better urban planning
- 11- Educate Canadians about the benefits of physical activity
- 12- Eliminate barriers which limit active living
- 13- Facilitate the sharing of knowledge and best practices
- 14- Launch a national strategy to combat ageist stigma and discrimination
- 15- Promote the development of alternatives to chronological age as indicators of competency
- 16- Promote research on competency
- 17- Launch an awareness campaign on the recent legislative changes that removed barriers to phased retirement
- 18- Restore the actuarial neutrality of Canada Pension Plan by increasing the incentive to delay uptake
- 19- Work with the provinces to change the Canada Pension Plan so that older workers who begin to collect CPP before age 65 continue to contribute to the CPP
- 20- Work with the provinces to change the Canada Pension Plan so that individuals between the ages of 60 and 65 who want to apply for CPP and continue working no longer have to quit work or earn up to the maximum of CPP in the months prior to the application
- 21- Undertake both an awareness campaign against discrimination against older workers and more aggressive scrutiny of the treatment of older workers for compliance with existing legislation and regulations
- 22- Amend the Employment Insurance program to provide benefits to unemployed older workers, rather than forcing early reliance on CPP or other pensions that may penalize for early withdrawal
- 23- Explore options for other forms of income streams
- 24- Make OAS/GIS benefits non-taxable if they are the only source of income

ISSUES AND OPTIONS FOR AN AGING POPULATION
LIST OF PROPOSED OPTIONS

- 25- Propose to provincial governments that survivor's benefits under CPP be sustained at the same level after the death of the spouse
- 26- Modify GIS to keep seniors from dropping below low-income cut-off lines
- 27- Work with provincial governments to increase the income replacement rate for the CPP (currently 25% of income up to the average wage) and/or to increase the maximum pensionable earnings beyond the average wage
- 28- Analyze any changes with respect to retirement income to assess and correct for differing impacts on men and women
- 29- Undertake more aggressive campaigns to ensure that all eligible Canadians are receiving all retirement- and age-related benefits
- 30- Make retroactive repayments with interest to eligible recipients who did not apply for OAS at 65 or CPP at 70, or who were denied benefits due to administrative errors and make these payments cover the period between the ages specified and the age at which repayment is made
- 31- Harmonize the design and operations of Old Age Security and the Guaranteed Income Supplement and supports and services (largely provincial) so that modest increases in income do not result in a reduction of supports or services
- 32- Develop a federal/provincial/territorial accord to ensure that increases in OAS and/or GIS do not result in loss of eligibility for subsidies or services for seniors
- 33- Reconsider the design of CPP in light of increasing variations in labour force participation
- 34- Establish a national comprehensive publicly-insured or publicly-privately-insured prescription plan
- 35- Introduce public information campaigns about nutrition, targeted at seniors and the general population
- 36- Ensure that the dental care programs for First Nations and Inuit, veterans, and inmates in federal facilities cover the costs of dentures
- 37- Develop supports for caregivers and promote education to prevent burnout
- 38- Improve training for the continuum of human resource workers on seniors' needs
- 39- Share best practices on the prevention of elder abuse
- 40- Sign the Hague Convention on the International Protection of Adults
- 41- Support capacity building projects for training in geriatrics and gerontology
- 42- Implement a funded national partnership on palliative care

LIST OF PROPOSED OPTIONS

- 43- Implement a public education program to inform Canadians about end-of-life services and the need for advance care planning
- 44- Increase training and education opportunities surrounding palliative and end-of-life care for health professionals and volunteers
- 45- Apply the gold standards in palliative home care to veterans, First Nations and Inuit, and federal inmates
- 46- Develop tools to facilitate the early diagnosis of mental health conditions
- 47- Remove the 3 percent cap on NIHB health services
- 48- Expand eligible expenses under the Non-Insured Health Benefits Program to include the cost of foot care
- 49- Ensure that senior inmates in correctional facilities receive necessary support aids in a timely fashion
- 50- Increase publicity about CMHC home adaptation programs
- 51- Increase the stock of affordable housing across the country
- 52- Increase the availability of vouchers to allow low-income seniors to pay for adequate housing
- 53- Ensure that the standards for barrier-free design that are already contained in the *National Building Code of Canada* are consistently met by builders or enforced by inspectors
- 54- Increase the stock of affordable supportive housing
- 55- Increase the supply of affordable supportive housing for First Nations and Inuit seniors
- 56- Improve the regulation of supportive housing across the country
- 57- Facilitate access to information about housing options across the country
- 58- Encourage the provinces and territories to make reciprocal arrangements to eliminate the waiting period for residents from another province
- 59- Communicate information and best practices about adapting long-term-care facilities to address the needs of a multi-cultural society
- 60- Introduce a National Home Care Program
- 61- Address the uneven qualifications and conditions of work of home care staff
- 62- Create a registered chronic care savings plan
- 63- Provide information to caregivers
- 64- Create a National Respite Program
- 65- Make Changes to the Compassionate Care Benefit
- 66- Provide financial support to caregivers
- 67- Introduce a Canada Pension Plan (CPP) drop-out provision for caregivers

ISSUES AND OPTIONS FOR AN AGING POPULATION
LIST OF PROPOSED OPTIONS

- 68- Introduce a National Policy Initiative for Integrated Care
- 69- Share of best practices related to integrated care
- 70- Create a needs-based 'Seniors Independence Program' for all Canadian seniors, modelled after the Veterans Independence Program (VIP)
- 71- Expand the Veterans Independence Program to all Canadian Forces veterans
- 72- Increase the stock of adequate and affordable housing for First Nations and Inuit
- 73- Provide First Nations and Inuit with the same package of services available to war service veterans in the VIP program
- 74- Implement the recommendations contained in the Correctional Service of Canada's (CSC) *Report on Elderly Offenders*
- 75- Amend the Corrections and Conditional Release Act by adding offenders who are elderly or who have serious health problems to the list of offender groups with special needs
- 76- Amend the Corrections and Conditional Release Act to make terminally ill offenders serving life sentences or indeterminate sentences eligible for parole on compassionate grounds
- 77- Reform the Existing Equalization Program
- 78- Introduce an Age-Based Expenditure Needs Component to Equalization
- 79- Introduce a Comprehensive Fiscal Needs Component to Equalization
- 80- Weight Federal Health Contributions by Age
- 81- Create a Measure of Age-Based Expenditure Need
- 82- Introduce a Comprehensive Needs-Based Approach to Health Transfers
- 83- Reform the Canada Social Transfer to Include Age-Related Costs
- 84- Introduce a supplementary Program to Compensate Provinces for Uneven Aging

Witness List – Second Session Thirty-ninth Parliament

November 26, 2007

Human Resources and Social Development Canada

Shawn Tupper, Director General, Social Policy Development;
Dominique La Salle, Director General, Seniors and Pensions Policy
Secretariat;
Roman Habtu, OAS Benefits Policy.

Department of Finance Canada

Frank Vermaeten, Director General, Assistant Deputy Minister's
Office;
Krista Campbell, Senior Chief, Federal-Provincial Relations
Division;
Andrew Staples, Acting Chief, Federal-Provincial Relations
Division.

December 3, 2007

Canadian Institute for Health Information

Jean-Marie Berthelot, Vice-President, Programs;
Christopher Kuchciak, Program Leads, NHEX/OECD.

Canadian Centre for Policy Alternatives

Marc Lee, Senior Economist.

As an individual

Robert Evans, Professor of Economics, University of British
Columbia.
Joe Ruggeri, Professor of Economics, University of New
Brunswick.

Public Health Agency of Canada

Margaret Gillis, Director, Division of Aging and Seniors/Office of
Voluntary Sector.

December 10, 2007

Canada Mortgage and Housing Corporation

Luis Rodriguez, Senior Researcher;
Debra Darke, Director, Community Development.

Canadian Healthcare Association

Sharon Sholzberg-Gray, President and Chief Executive Officer.

The Royal Canadian Legion

Pierre Allard, Director, Service Bureau;

David MacDonald, Consultant, Legion Housing Centre for Excellence.

As individuals

Marcus J. Hollander, President, Hollander Analytical Services Ltd.

Margaret Isabel Hall, Assistant Professor, Law Faculty, University of British Columbia.

January 28, 2008

Canadian Automobile Association

David M. Munroe, Chair of the Board CAA National;

Christopher White, Vice-President, Public Affairs.

Canadian Medical Association

Dr. Briane Scharfstein, Associate Secretary General, Professional Affairs.

Lakehead University

Dr. Michel Bédard, Canada Research Chair in Aging and Health.

The Rehabilitation Centre, Ottawa Hospital

Dr. Shawn Marshall, Associate Professor.

Canadian Centre for Elder Law Studies

Laura Watts, National Director.

Alzheimer Society of Nova Scotia

Jeanne Desveaux, President.

February 4, 2008

Correctional Service of Canada

Ross Toller, Assistant Commissioner, Correctional Operations and Programs;

Leslie MacLean, Assistant Commissioner, Health Services.

Office of the Correctional Investigator

Ed McIsaac, Executive Director;

Howard Sapers, Correctional Investigator.

ISSUES AND OPTIONS FOR AN AGING POPULATION
WITNESS LIST

Canadian Association of Elizabeth Fry
Kim Pate, Executive Director.

Insurance Bureau of Canada
Mark Yakabuski, President and Chief Executive Officer.

Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada:
Fleur-Ange Lefebvre, Executive Director and Chief Executive Officer.

February 11, 2008

Statistics Canada
René Morissette, Assistant Director, Research Business and Labour Market Analysis Division;
Garnett Picot, Director General, Socio-Economic and Business Analysis;
Ted Wannell, Assistant Director, Labour and Household Analysis Division.

As individuals
John Myles, Canada Research Chair and Professor of Sociology, University of Toronto.
Derek Hum, Professor of Sociology, University of Manitoba.

Human Resources and Social Development Canada
Maxime Fougère, Assistant Director, Labour Market Research and Forecasting.

Informetrica Limited
Richard Shillington, Senior Associate.

Women Elders in Action
Alice West, Chair;
Elsie Dean, Researcher;
Jan Westlund, Coordinator.

Witness List – First Session Thirty-ninth Parliament

November 27, 2006

Statistics Canada

Pamela White, Director, Demography Division;
Laurent Martel, Analyst, Research and Analysis Section.

As an individual

Byron Spencer, Professor, Economics, McMaster University.

National Aboriginal Health Organization

Carole Lafontaine, Acting CEO;
Mark Buell, Manager, Policy Communication Unit.

National Advisory Council on Aging

Robert Dobie, Acting Chair;
Margaret Gillis, Director, Division of Aging and Seniors, Centre
for Healthy Human Development, Public Health Agency of
Canada.

As an individual

Douglas Durst, Professor, Faculty of Social Work, University of
Regina.

December 4, 2006

Human Resources and Social Development Canada

Peter Hicks, Executive Director, Strategic Analysis, Audit and
Evaluation;
John Connolly, Director, Partnerships Division, Community
Development and Partnerships Directorate;
Marla Israel, Director, International Policy and Agreements,
Seniors and Pensions Policy Secretariat.

Public Health Agency of Canada

Margaret Gillis, Director, Division of Aging and Seniors, Centre
for Healthy Human Development.

Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch

Leslie MacLean, Director General, Non-Insured Health Benefits;
Shelagh Jane Woods, Director General, Primary Health Care and
Public Health Directorate.

Indian and Northern Affairs Canada

Havelin Anand, Director General, Social Policy and Programs Branch.

Veterans Affairs Canada

Bryson Guptill, Director General, Program and Service Policy Division.

Canada Mortgage and Housing Corporation

Douglas Stewart, Vice President, Policy and Planning.

Treasury Board of Canada Secretariat

Dan Danagher, Executive Director, Labour Relations and Compensation Operations.

Public Service Human Resources Management Agency of Canada

Cecilia Muir, Director General, Public Service Renewal and Diversity.

December 11, 2006

Canadian Association for the Fifty-plus, CARP

Judy Cutler, Director of Government Relations;
Taylor Alexander, Consultant in Aging Policy and Continuing Care.

Royal Canadian Legion

Jack Frost, Dominion President;
Pierre Allard, Director, Service Bureau.

International Federation on Ageing

Jane Barratt, Secretary General.

Canadian Institutes of Health Research

Anne Martin-Matthews, Scientific Director, Institute of Aging.

Canadian Association on Gerontology

Sandra P. Hirst, President.

National Initiative for the Care of the Elderly

Lynn McDonald, Scientific Director.

February 12, 2007

Human Resources and Social Development Canada

Peter Hicks, Executive Director, Strategic Analysis, Audit and Evaluation.

February 19, 2007

As individuals

Victor Marshall, Professor of Sociology, Institute on Aging, University of North Carolina.

Susan Kirkland, Professor, Canadian Longitudinal Study on Aging, Dalhousie University.

Policy Research Initiative

Terrence Hunsley, Senior Project Director.

Statistics Canada

Geoff Rowe, Senior Advisor – Microsimulation.

March 19, 2007

As individuals

Jacques Légaré, Professor Emeritus of Demography, Université de Montréal.

Marchel Mérette, Associate Professor of Economics, University of Ottawa.

Neena L. Chappell, Canada Research Chair in Social Gerontology and Professor of Sociology, Centre on Aging, University of Victoria.

Gloria Gutman, Professor, Gerontology, Simon Fraser University, and Director, Dr. Tong Louie Living Laboratory.

March 26, 2007

Statistics Canada

Leroy Stone, Associate Director General, Unpaid Work Analysis;
Danielle Zietsma, Senior Economist, Labour Statistics Division.

Conference Board of Canada

Paul Darby, Deputy Chief Economist.

Certified General Accountants Association of Canada

Rock Lefebvre, Vice-President, Research and Standards.

ISSUES AND OPTIONS FOR AN AGING POPULATION
WITNESS LIST

As individuals

Derwyn Sangster, former Director, Business, Canadian Labour and Business Centre.

Brigid Hayes, former Director, Labour, Canadian Labour and Business Centre.

Monica Townson, Economic Consultant.

May 7, 2007

International Federation on Ageing

Jane Barratt, Secretary General.

Organisation for Economic Co-operation and Development

Monika Queisser, Expert on Demographic Ageing, Employment, Labour and Social Affairs Directorate.

Healthy Ageing Project

Karin Berensson, Project Manager;

Barbro Westerholm, MP (Sweden) and participant of the Healthy Ageing project.

Active Living Coalition for Older Adults

Dianne Austin, National Executive Director.

Creative Retirement Manitoba

Marjorie Wood, Executive Manager.

International Council on Active Aging

Colin Milner, Chief Executive Officer.

May 14, 2007

Assembly of First Nations

Elmer Courchene, Elder;

Richard Jock, Chief Executive Officer.

Métis National Council

Don Fiddler, Senior Policy Advisor.

Inuit Tapiriit Kanatami

Okalik, Eegeesiak, Director, Socio-Economic Development;

Jennifer Forsyth, Health Technical Advisor;

Maria Wilson, Project Coordinator.

Pauktuutit Inuit Women of Canada

Jennifer Dickson, Executive Director.

National Association of Native Friendship Centres
Peter Dinsdale, Executive Director;
Alfred Gay, Policy Analyst.

Aboriginal Seniors Resource Centre of Winnipeg
Thelma Meade, Executive Director.

May 28, 2007

Alzheimer Society of Canada
Dale Goldhawk, Chairman of the Board;
Scott Dudgeon, Chief Executive Officer.

Advocacy Centre for the Elderly
Judith A. Wahl, Executive Director.

Canadian Coalition for Senior's Mental Health
Faith Malach, Executive Director.

Canadian Ethnocultural Council
Anna Chiappa, Executive Director.

Fédération des aînées et aînés francophones du Canada
Jean-Luc Racine, Executive Director.

Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse
Alison Leaney, Chair of the Board;
Charmaine Spencer, Member of the Board.

June 4, 2007

The Honourable Marjory LeBreton, P.C., Leader of the
Government in the Senate and Secretary of State (Seniors).

National Senior Council
Jean-Guy Soulière, Chair.

Human Resources and Social Development Canada
Susan Scotti, Senior Assistant Deputy Minister, Income Security
and Social Development.

Conférence des Tables régionales de concertation des aînés du Québec
Jean-Guy Saint-Gelais, Secretary and former Chair.

ISSUES AND OPTIONS FOR AN AGING POPULATION
WITNESS LIST

June 11, 2007

As an individual

Janice M. Keefe, Canada Research Chair in Aging and Caregiving
Policy and Director, Nova Scotia Centre on Aging, Mount Saint
Vincent University.

Canadian Caregiver Coalition

Palmier Stevenson-Young, President.

Group of IX

Bernie LaRusic, Vice Chairperson.

As an individual

Judy Lynn Richards, Assistant Professor, Department of
Sociology and Anthropology, University of Prince Edward Island.

June 18, 2007

Canadian Hospice Palliative Care

Sharon Baxter, Executive Director;
Dr. Lawrence Librach, Vice-President.

Pallium Project

Michael Aherne, Director, Initiative Development.

Canadian Home Care Association

Nadine Henningsen, Executive Director.

Comité sénatorial spécial sur le vieillissement

Deuxième rapport provisoire

Une population vieillissante : enjeux et options

L'honorable Sharon Carstairs, C.P., présidente
L'honorable Wilbert Joseph Keon, vice-président

Mars 2008

Pour plus d'information, prière de communiquer avec nous
par courriel : age@sen.parl.gc.ca
par téléphone : (613) 990-0088
sans frais : 1 800 267-7362
par la poste : Comité sénatorial spécial sur le vieillissement
Sénat, Ottawa (Ontario), Canada, K1A 0A4
Le rapport peut être téléchargé à l'adresse suivante :
www.senate-senat.ca/age.asp

This report is also available in English

Table des matières

Membres	iii
Ordre de renvoi	v
Chapitre 1 : Introduction	1
1.1 Aperçu des travaux du Comité.....	1
1.2 La définition des « aînés »	2
1.3 La diversité de la population des aînés.....	3
1.4 Approches stratégiques	4
1.5 Rôle du gouvernement fédéral.....	5
1.6 Organisation du présent rapport	6
1.7 Observations générales	8
Chapitre 2 : Vieillissement actif et âgisme.....	10
2.1 Vieillissement actif et vie active	10
2.2 Âgisme	18
Chapitre 3 : Travailleurs âgés, retraite et sécurité du revenu.....	20
3.1 Travailleurs âgés, régimes de pension et retraite	20
3.2 Revenus de retraite suffisants	23
3.3 Services et revenu.....	28
3.4 Politiques et programmes qui tiennent compte du cycle de la vie	29
Chapitre 4 : Vieillir en santé	31
4.1 Promotion de la santé et prévention des maladies	32
4.2 Soins sociaux.....	36
4.3 Spécialisation gériatrique et gériatrique	36
4.4 Maladies chroniques.....	37
4.5 Soins palliatifs et de fin de vie	37
4.6 Santé mentale, maladie mentale et démence	39
4.7 Groupes relevant de la compétence fédérale	39
Chapitre 5 : Vieillir à l'endroit de son choix	43
5.1 Logement.....	43
5.2 Soutien à domicile et soins à domicile	47
5.3 Soutenir la transition vers un système de soins intégré.....	50
5.4 Groupes relevant du gouvernement fédéral.....	51
Chapitre 6 : Répartition régionale des coûts en soins de santé aux aînés	55
6.1 Les aînés et le coût des soins de santé	55

6.2 Projections démographiques pour les provinces et les territoires	57
6.3 Tenir compte des besoins en dépenses dans les transferts fédéraux	60
Liste des options proposées	75
Liste des témoins – Deuxième session trente-neuvième législature.....	80
Liste des témoins – Première session trente- neuvième législature.....	84

Membres

L'honorable Sharon Carstairs, C.P., présidente
L'honorable Wilbert Joseph Keon, vice-président

et

Les honorables sénateurs :

Maria Chaput
Anne C. Cools
Jane Cordy
Terry M. Mercer
Terry Stratton

Membres d'office du Comité :

L'honorable Céline Hervieux-Payette, C.P., (ou Claudette Tardif) et
Marjory LeBreton, C.P., (ou Gérald Comeau)

En outre, les honorables sénateurs Joan Cook, Janis G. Johnson et
Lowell Murray, C.P., ont également participé aux délibérations des
comités.

Analystes du Service d'information et de recherche parlementaires,
Bibliothèque du Parlement :

Julie Cool
Michael Toye
Havi Echenberg
Michael Holden
Philippe Le Goff

Direction des comités du Sénat :

Keli Hogan, greffière du comité
Monique Régimbald, adjointe administrative

Personnel de recherche :

Michelle MacDonald, conseillère spéciale du Comité

Ordre de renvoi

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 1^{er} novembre 2007 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Carstairs, C.P., appuyée par l'honorable sénateur Fairbairn, C.P.,

Qu'un comité spécial du Sénat soit chargé d'examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et d'en faire rapport;

Que, en conformité avec l'article 85(1)b) du Règlement, le comité soit composé de sept membres, désignés par le Comité de sélection, et que trois membres constituent le quorum;

Que le comité examine la question du vieillissement dans notre société sur divers plans notamment :

- la promotion de la vie active et du bien-être;
- les besoins en matière de logement et de transport;
- la sécurité financière et la retraite;
- les mauvais traitements et la négligence;
- la promotion de la santé et la prévention;
- les besoins en matière de soins de santé, y compris en ce qui touche les maladies chroniques, la consommation de médicaments, la santé mentale, les soins palliatifs, les soins à domicile et la prestation de soins;

Que le comité examine les programmes et les services publics destinés aux aînés, les lacunes qu'il faut corriger pour répondre aux besoins des aînés, et les incidences du vieillissement de la population sur la prestation future des services;

Que le comité examine des stratégies sur le vieillissement mises en œuvre dans d'autres pays;

Que le comité examine le rôle et les obligations du Canada découlant du Plan d'action international sur le vieillissement des populations, établi à Madrid en 2002;

Que le comité se penche sur le rôle que doit jouer le gouvernement fédéral pour aider les Canadiens à bien vieillir;

Que le comité soit habilité à convoquer des personnes, à obtenir des documents et des dossiers, à interroger des témoins, à faire

rapport de temps à autre et à faire imprimer au jour le jour les documents et témoignages dont il peut ordonner l'impression;

Que le comité soit autorisé à permettre aux médias d'information électroniques de diffuser ses délibérations publiques en dérangeant le moins possible ses audiences;

Que, conformément à l'article 95(3)a) du Règlement, le comité soit autorisé à se réunir pendant les périodes où le Sénat est ajourné pendant plus d'une semaine;

Que les documents reçus, les témoignages entendus, et les travaux accomplis par le comité sur ce sujet au cours de la première session de la trente-neuvième législature soient renvoyés au comité;

Que le comité présente son rapport final au plus tard le 30 juin 2008, et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions dans les 90 jours suivant le dépôt du rapport final;

Et sur la motion d'amendement de l'honorable sénateur Comeau, appuyée par l'honorable sénateur Tkachuk, que l'on modifie la motion en substituant aux mots « le 30 juin 2008 » les mots « le 31 mars 2008 » au dernier paragraphe.

La motion principale, telle que modifiée, mise aux voix, est adoptée.

Extrait des Journaux du Sénat du jeudi 28 février 2008 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Carstairs, C.P., appuyée par l'honorable sénateur Cowan,

Que, par dérogation à l'ordre adopté par le Sénat le 1er novembre 2007, la date pour la présentation du rapport final du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, sur les incidences du vieillissement de la société canadienne, soit reportée du 31 mars 2008 au 30 septembre 2008 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions dans les 90 jours suivant le dépôt du rapport final

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le Greffier du Sénat

Paul C. Bélisle

Chapitre 1 : Introduction

1.1 Aperçu des travaux du Comité

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement s'est vu confier à sa création, en novembre 2006, un vaste mandat visant l'examen d'un large éventail de questions complexes, allant de la sécurité financière et de la retraite aux maladies chroniques et aux soins palliatifs, afin de déterminer si nous offrons les programmes et les services appropriés au moment opportun aux personnes qui en ont besoin. En examinant ces questions selon une perspective de santé publique, le Comité étudiera les programmes et les services publics destinés aux aînés, trouvera les lacunes dans la façon de répondre à leurs besoins et analysera les incidences sur la prestation de services dans l'avenir, à mesure que la population vieillira.

En février 2007, le Comité a publié un rapport provisoire intitulé *Relever le défi du vieillissement*, dans lequel il a résumé les conclusions de la première phase de l'étude. Dans ce rapport, le Comité a articulé les principaux enjeux autour de quatre grands thèmes : la définition des « aînés »; la diversité de la population des aînés et de leurs besoins; les approches stratégiques prometteuses; le rôle du gouvernement fédéral. En se servant de ces thèmes pour structurer ses travaux, le Comité a entrepris d'examiner ces enjeux de façon approfondie au cours de la deuxième phase de son étude. Il a notamment tenu une série d'audiences et fait parvenir un questionnaire à des organismes d'aînés de toutes les régions du Canada afin de connaître leurs vues sur des enjeux importants pour eux.

Le présent rapport provisoire est le fruit des travaux du Comité pendant la deuxième phase de l'étude. Le Comité y dégage les enjeux clés de la politique gouvernementale relative au vieillissement de la population et présente une série d'options pour y donner suite. Les enjeux et les options contenus dans le rapport ont été présentés par les témoins qui ont comparu devant le Comité et les personnes qui ont répondu au questionnaire. Il pourrait toutefois y avoir d'autres options valables qui n'ont pas encore été formulées.

Au cours de la prochaine et dernière phase de l'étude, le Comité entend inviter des témoins experts à des tables rondes et se déplacer dans toutes les régions du Canada afin de connaître l'avis des

Canadiens sur les enjeux et les options présentés et d'élaborer ensuite ses recommandations finales.

Certaines observations préliminaires concernant les quatre grands thèmes autour desquels se sont articulées les délibérations de la deuxième phase sont présentées ci-après. Les thèmes seront traités en profondeur dans le rapport final.

1.2 La définition des « aînés »

Dans son premier rapport provisoire, le Comité a défini trois grands groupes d'âge chez les aînés : le troisième âge, qui s'entend des aînés en santé, en forme et plutôt à l'aise financièrement; le quatrième âge, qui regroupe les personnes qui ralentissent le rythme et qui ont moins d'argent et de ressources; le cinquième âge, qui compte des personnes très âgées aux besoins physiques et sociaux particuliers. Des témoins ont déclaré que le cycle de vie comporte quatre phases, soit « la jeunesse, l'âge adulte, un nouveau troisième âge qui va de la retraite à la vieillesse, et repoussé à un quatrième âge, ce qu'on appelait jadis le troisième âge¹ ». L'âge chronologique comme critère de la vieillesse tend à disparaître. Les capacités remplacent de plus en plus l'âge comme point de référence pour le comportement ou les droits. Parallèlement, la vieillesse se définit par la perte d'autonomie ou un mauvais état de santé.

La perte d'autonomie et le mauvais état de santé ne touchent pas que les aînés. Des Canadiens de tous âges peuvent les vivre de façon temporaire ou permanente. Par conséquent, les programmes et politiques visant à maximiser l'autonomie et la santé ne sont pas seulement des enjeux relatifs aux aînés, et pourraient être utiles à tous les Canadiens. Le Comité reconnaît que certains aînés plus âgés sont aux prises avec des problèmes de mobilité et de logement; toutefois, les aménagements à faire pour créer des villes adaptées aux besoins des aînés obligeront la société à adopter le précepte appuyé d'une longue expérience selon lequel nous ne sommes tous physiquement aptes que temporairement. De plus, le fait de trouver des solutions à la myriade de problèmes que les dernières années de la vie comportent pour les personnes, les familles, le système de santé et la société profitera à tous les Canadiens, que les dernières années de la vie se déroulent pendant la jeunesse, l'âge mûr ou la vieillesse.

¹ Jacques Légaré, professeur émérite de démographie, Université de Montréal, *Témoignages*, 19 mars 2007.

La génération du baby-boom redéfinira fort probablement la vieillesse et la retraite. Les jeunes aînés sont généralement en meilleure santé et mieux nantis que ceux des générations précédentes. De nos jours, les aînés mènent une vie saine et active. Ils sont de plus en plus présents au sein de la population active. Les aînés bénévoles donnent beaucoup plus d'heures que leurs homologues plus jeunes.

Dans son premier rapport provisoire, le Comité a soulevé la question de la modification de l'âge d'admissibilité aux programmes destinés aux aînés compte tenu de l'espérance de vie saine plus longue pour la plupart des Canadiens. La majorité des témoins qui ont traité de cette question ont dit craindre qu'une hausse de l'âge d'admissibilité n'ait une incidence négative sur les aînés plus vulnérables sans donner lieu à un changement important du comportement des aînés mieux nantis. Comme il sera démontré dans les prochains chapitres, une approche plus efficace consisterait peut-être à donner à la population vieillissante les moyens de demeurer active, « comme elle le ferait si elle n'était pas confrontée à des facteurs désincitatifs et à des priorités stratégiques concurrentes, tout en assurant la prestation des services de santé et sociaux dont nous avons besoin en tant que nation² ».

1.3 La diversité de la population des aînés

Les témoignages entendus et les réponses au questionnaire envoyé aux organismes d'aînés de toutes les régions du Canada ont fait comprendre au Comité que, comme c'est le cas pour les autres groupes d'âge, les aînés forment un groupe très diversifié ayant une vaste gamme d'attentes, de besoins et d'intérêts.

Dans son premier rapport provisoire, le Comité a décrit les écarts importants entre les Autochtones canadiens et les non-Autochtones canadiens en ce qui a trait aux résultats sur le plan de la santé et à l'espérance de vie. Il y a aussi des disparités entre les aînés immigrants et les aînés non immigrants. Comme les pays d'origine de l'immigration varient au fil du temps (diminution du nombre d'arrivants de l'Europe et des États-Unis et augmentation de celui d'Asie et du Moyen-Orient), cette variation se reflète également chez les personnes de 65 à 74 ans. Le pourcentage d'aînés immigrants qui ne parlent ni l'une ni l'autre langue officielle a augmenté à la longue, passant de 4 % chez ceux qui sont arrivés au Canada avant

² Association des comptables généraux accrédités du Canada, *Témoignages*, 26 mars 2007, p. 4.

1961 à 50 % chez ceux qui sont venus s'installer ici de 1991 à 2001. Ces variations nécessiteront des modifications au mode de présentation des programmes et des services destinés aux aînés.

En plus de la diversité qui existe au sein de la population des aînés, il y a des différences régionales quant aux conséquences possibles du vieillissement de la population. Les incidences de ces différences sont traitées plus à fond au chapitre 6.

Comme le Comité veut connaître les points de vue sur les enjeux et les options présentés dans le présent rapport provisoire, il demandera aux Canadiens si les options reflètent les divers besoins, situations et aspirations de chacun.

1.4 Approches stratégiques

Dans son premier rapport provisoire, le Comité a cherché à déterminer s'il faut adopter un cadre d'orientation qui permettrait de mieux répartir le travail productif sur toute la durée de vie et de fournir aux Canadiens plus âgés des occasions de participer de façon active, créative et intéressante à la société. Le Comité a appris ce qui suit :

Les débats sur la politique concernant le vieillissement peuvent renvoyer à deux sujets très différents, l'un étant le vieillissement individuel qui met l'accent sur les politiques se rapportant aux personnes âgées. Nous abordons les grandes questions comme le caractère adéquat du revenu de pension, la participation active des personnes âgées à la vie communautaire et la façon dont la politique appuie les passages – souvent vers les derniers stades de la vie – à une santé fragile et une incapacité. L'autre sujet est celui du vieillissement de la population, qui met l'accent sur la façon dont la structure des générations en évolution et la taille de la population se répercutent sur la politique. Les discussions à cet égard tendent à se concentrer sur les conséquences financières du vieillissement de la population, les effets sociaux et économiques d'un effectif âgé et de la fluctuation du taux des consommateurs par rapport aux producteurs, et les questions entourant l'éducation continue ainsi que le

moment choisi et la progression des passages à la retraite³.

Le mandat du Comité cadrerait mieux avec la première série de questions. Les enjeux et options énoncés dans le présent rapport démontrent toutefois que le fait de se pencher sur les enjeux relatifs aux personnes âgées permet de procéder à un nouvel examen de la façon dont sont franchis les différents passages de la vie, plus particulièrement dans les chapitres sur le vieillissement à l'endroit de son choix, le vieillissement actif, et le travail et la retraite.

Les enjeux et les options du présent rapport reflètent également le fait que le vieillissement est un processus qui s'étend sur toute la vie; certaines des options visant à améliorer la santé et le bien-être chez les aînés doivent s'appliquer à toutes les étapes de la vie et non seulement lorsqu'on avance en âge.

1.5 Rôle du gouvernement fédéral

Lorsque les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont entrepris l'élaboration d'un cadre national sur le vieillissement à la fin des années 1990, ils ont consulté les aînés au sujet des principales valeurs qui devraient sous-tendre ce cadre. Le Comité a appris que les valeurs que sont la dignité, l'autonomie, la participation, l'équité et la sécurité continuent d'être pertinentes aujourd'hui. Elles seront à la base des enjeux et des options faisant l'objet du présent rapport.

Lorsque le Comité a tenté d'établir le rôle approprié de chaque ordre de gouvernement, un thème récurrent qui a été soulevé est celui du maintien de la liberté de choix – quant au moment de la retraite et de l'endroit où vivre. Le Comité reconnaît l'importance du rôle que jouent les particuliers, les organismes à but non lucratif, le secteur privé et les divers ordres de gouvernement pour assurer aux aînés un large éventail de choix. Il a appris que les choix sont plus nombreux pour ceux qui ont une grande sécurité financière, et plus restreints pour les aînés à faible revenu, de même qu'ils sont plus nombreux dans les régions urbaines que dans les régions rurales. L'éventail de choix varie également parmi les groupes qui sont sous la responsabilité du gouvernement fédéral; ils sont plus nombreux pour

³ Mémoire, *Comparution devant le Comité spécial sur le vieillissement*, Peter Hicks, directeur exécutif, Direction générale de l'analyse stratégique, de la vérification et de l'évaluation, RHDSC, 12 février 2007, p. 1.

les anciens combattants que pour les aînés des Premières nations et les aînés inuits.

De nombreux programmes et services pour les Canadiens âgés sont offerts par les gouvernements provinciaux et territoriaux. Certaines des options proposées dans le présent rapport reflètent le rôle que le gouvernement du Canada peut jouer pour faciliter l'échange d'information et de pratiques exemplaires entre les provinces et les territoires. D'autres options portent clairement sur des programmes et des domaines de compétence fédéraux.

Le gouvernement fédéral fournit directement des services de santé à certains groupes dont il est responsable (Premières nations et Inuits). Il fournit également des services de santé aux anciens combattants admissibles, aux demandeurs du statut de réfugié et aux détenus des pénitenciers fédéraux. Avant de rédiger son rapport final, le Comité voudra examiner attentivement les programmes et les politiques concernant ces populations. La crédibilité du gouvernement fédéral en matière de services aux aînés dépend dans une large mesure du rôle prépondérant qu'il jouera pour répondre aux besoins des groupes dont il est directement responsable. Cette question sera traitée de façon plus approfondie dans le rapport final du Comité.

1.6 Organisation du présent rapport

Le présent rapport est organisé en chapitres portant sur des enjeux particuliers : le vieillissement actif; les travailleurs âgés, la retraite et la sécurité du revenu; le vieillissement en santé; le vieillissement à l'endroit de son choix; la distribution régionale des frais de santé liés au vieillissement. Plusieurs options stratégiques sont proposées pour donner suite aux enjeux soulevés dans chaque chapitre. Certaines sont complémentaires, d'autres s'excluent mutuellement. Le Comité mènera à bien son étude et consultera les Canadiens sur ces options afin d'élaborer une série complète de recommandations pour son rapport final.

Voici un bref aperçu des enjeux et des options sur lesquels portent les différents chapitres :

Pour assurer leur bien-être, il importe que les aînés canadiens restent physiquement et mentalement actifs. Le chapitre 2 présente une série d'enjeux et d'options concernant la maximisation des possibilités pour les aînés d'être des membres actifs de la société de diverses façons : bénévolat, études, activités sociales et

intergénérationnelles, activité physique. Il examine de quelle façon l'âgisme peut nuire à la participation active des aînés et présente des options visant à faire disparaître les attitudes discriminatoires envers les personnes âgées.

Les témoins ont préconisé au sujet de la retraite une souplesse qui permettrait aux travailleurs âgés qui le souhaitent de continuer à travailler après 65 ans. Par ailleurs, le Comité reconnaît que les personnes qui veulent prendre leur retraite ne devraient pas être obligées de continuer à travailler. Le chapitre 3 présente des options relatives au travail, à la retraite et au revenu.

Le Comité a entendu dire à maintes reprises que la santé est essentielle à la qualité de vie des aînés canadiens. Les Canadiens vivent non seulement plus longtemps, mais ils vivent également plus longtemps en bonne santé. Reconnaisant que le vieillissement est souvent associé au déclin physique et mental, le Comité a recherché des options visant à renforcer la santé, à accroître l'activité et à favoriser l'épanouissement pendant la vieillesse. Le chapitre 4 présente des options sur les services dont les Canadiens âgés ont besoin pour assurer la prévention et la gestion de leur santé mentale et physique ainsi que le traitement des problèmes à cet égard.

Le Comité a appris que l'accent mis par le système de santé sur le « traitement » peut détourner des aspects liés aux « soins » qui contribuent à maintenir une qualité de vie. Le chapitre 5 donne un aperçu des enjeux et des options concernant la possibilité de vieillir à l'endroit de son choix. La plupart des aînés ont manifesté une préférence marquée pour la possibilité de continuer à rester dans leur domicile lorsqu'ils vieillissent. Des mécanismes de soutien sont parfois nécessaires pour permettre aux aînés de vieillir à l'endroit de leur choix. La structure actuelle de la main-d'œuvre fait en sorte que les membres de la famille et les amis ont souvent beaucoup de difficulté à concilier les responsabilités professionnelles et les soins à donner à une personne âgée en perte d'autonomie. Des mécanismes de soutien officiels peuvent compléter l'appui assuré par les membres de la famille. Les mécanismes de soutien officiels pour les aînés comportent des différences considérables d'une région à l'autre du pays. Le chapitre 5 présente des options relatives au logement, au logement supervisé, aux établissements de soins de longue durée, aux soins à domicile, aux aidants naturels et à une plus grande intégration des systèmes de santé et de soutien social dans les provinces et les territoires.

Le Comité a appris que la mobilité de la main-d'œuvre a exacerbé le phénomène du vieillissement de la population dans certaines régions, notamment le Canada atlantique. Étant donné que le coût des soins de santé est plus élevé pour les aînés que pour tout autre groupe d'âge⁴, le financement de la santé par habitant au moyen du Transfert canadien en matière de santé pourrait ultérieurement élargir l'écart entre les différents ensembles de services que les gouvernements provinciaux et territoriaux pourront offrir aux aînés à mesure que la population vieillira. Le Comité cherchera à déterminer s'il y a lieu d'accorder plus d'attention à cette situation au chapitre 6.

1.7 Observations générales

Le vieillissement de la population résulte à la fois d'une espérance de vie plus longue et du vieillissement de la génération du baby-boom (c.-à-d. les personnes nées entre 1947 et 1966 inclusivement). Il importe de signaler que, du simple fait de sa taille, la cohorte du baby-boom a influé sur les caractéristiques de la population à mesure que ses membres ont avancé en âge. Selon l'éminent démographe canadien David Foot, puisque cette génération est majoritaire au sein de la population canadienne, son vieillissement entraîne le vieillissement de la population canadienne, ce qui a des répercussions importantes sur la société et les gouvernements. À mesure que les membres de cette cohorte arriveront à la retraite, il y aura vraisemblablement une demande accrue de services pour les aînés.

Plusieurs témoins ont toutefois avisé le Comité que la cohorte qui suit la génération du baby-boom est considérablement plus petite que cette dernière. Certains ont recommandé au Comité de ne pas trop en faire pour la cohorte du baby-boom et de reconnaître la nature temporaire de cette évolution démographique. Le Comité en tient compte dans sa réflexion sur les enjeux et les options.

Le Comité fait remarquer que les personnes et les organisations sont en mesure de s'adapter au changement. Les besoins changeants qui découleront du vieillissement de la génération du baby-boom donnent l'occasion de réfléchir de façon créative à l'éducation, au travail, à la famille et aux loisirs pendant le cycle de vie. Par exemple, comme nous vivons en santé pendant de plus longues périodes, il est possible d'imaginer que nous repenserons l'habituel passage des études au travail, puis à la retraite de manière à avoir une plus grande

⁴ À l'exception des enfants de moins d'un an.

souplesse à toutes les étapes de la vie. Le cas échéant, le vieillissement de la population ne sera pas seulement un défi à relever, mais également une occasion à saisir.

Chapitre 2 : Vieillessement actif et âgisme

Le Comité croit que le fait de rester physiquement et mentalement actif est essentiel au bien-être des Canadiens âgés. Le Comité a appris que le vieillissement sain et une vie active sont des approches stratégiques intéressantes à explorer pour tenir compte du vieillissement de la population. Le vieillissement sain n'est pas un sujet qui touche uniquement les personnes âgées; il a trait également aux expériences vécues au cours de la vie qui se traduisent par une qualité de vie élevée à un âge avancé. Le présent chapitre énonce une série d'enjeux et d'options que les témoins ont présentés au Comité au sujet de la maximisation des possibilités pour les aînés d'être des membres actifs de la société de diverses façons : bénévolat, études, activités sociales et intergénérationnelles, et activité physique.

L'âgisme est l'un des principaux obstacles à surmonter pour faciliter le vieillissement actif. Les préjugés et les stéréotypes concernant le vieillissement limitent indûment la valeur intrinsèque des personnes âgées dans la société. Le présent chapitre examine également de quelle façon l'âgisme peut restreindre la participation active des aînés et énonce des options visant à supprimer les attitudes négatives envers le vieillissement.

Le Comité est conscient qu'il peut y avoir d'autres options encore non relevées qui encourageraient le vieillissement actif et la vie active et qui feraient la guerre à l'âgisme; aussi, est-il ouvert aux discussions à ce propos ou au sujet des options décrites dans le présent chapitre.

2.1 Vieillessement actif et vie active

On a fait savoir au Comité que le bien-être des aînés canadiens dépend des possibilités qu'ils ont de demeurer actifs sur les plans physique et mental. Dans un rapport publié récemment par Statistique Canada, il est indiqué que de nombreuses études ont fait ressortir une corrélation étroite entre les relations sociales positives et la santé physique et mentale et que le manque de relations sociales a également été identifié comme un facteur de risque de développer des problèmes de santé.

Malgré cela, les éléments d'information donnent à penser que les aînés ne reconnaissent peut-être pas qu'il importe de rester actifs. En fait, on a dit au Comité que certains pensent que ralentir la cadence

protégera leur santé, qu'ils pourront ainsi vivre plus longtemps et en meilleure santé, mais les recherches démontrent que l'inactivité accélère le vieillissement.

Le Comité a appris que, si une personne a été physiquement active tout au long de sa vie et si elle a joué un rôle actif au sein de sa collectivité, alors il est fort possible que cela ne change pas après sa retraite. Par contre, les gens qui sont restés enfermés dans leur foyer, qui ne se sont pas investis dans leur collectivité ou qui n'ont pas été physiquement actifs éprouveront plus de difficultés à commencer après leur retraite.

Pour faire la promotion de la vie active, il faut se pencher sur les enjeux de l'aménagement urbain, du transport et du logement. Il faut que les villes, les localités et les villages soient mieux adaptés aux besoins des aînés, c'est-à-dire qu'ils leur permettent de se rendre où ils doivent et veulent aller, de participer à des activités récréatives, sociales et communautaires, et d'accéder aux services de soutien dont ils ont besoin. Le *Guide des villes-amies des aînés*, produit par l'Organisation mondiale de la santé, propose des façons d'adapter davantage les villes aux besoins des personnes âgées.

Le document *Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés : un guide* a été produit au Canada et a pour but d'aider les collectivités rurales et éloignées à définir les obstacles communs; il vise aussi à favoriser le dialogue et l'action pour le développement de villes adaptées aux aînés.

La diversité entre Canadiens existe également chez les aînés. Les divers groupes d'aînés ont des besoins différents. Par exemple, le Comité sait qu'il est important de prendre en considération les rôles que les femmes ont pu jouer durant leur vie et les conséquences de ces rôles à un âge avancé. Le rôle de l'aidant naturel se répercute sur la sécurité financière à un âge avancé et sur le temps disponible pour des activités à l'extérieur du foyer. La culture façonne aussi les intérêts et les attentes à l'égard du temps libre.

Options qui faciliteraient le bénévolat

Le bénévolat a de nombreuses retombées positives pour les bénéficiaires comme pour les bénévoles, et il est étroitement lié à l'interdépendance sociale. Contrairement à la croyance populaire, les gens sont moins enclins à faire du bénévolat à la retraite. Malgré cela, le nombre moyen d'heures de bénévolat augmente dans l'ensemble

avec l'âge, passant de 139 heures pour les jeunes à 245 heures pour les personnes âgées. On a mentionné au Comité que, outre le bénévolat structuré, de nombreux Canadiens âgés prodiguaient des soins de façon informelle à leurs familles et collectivités. Des études indiquent que les immigrants âgés sont plus enclins à venir en aide à leurs familles et communautés sans passer par un organisme. Le soutien non structuré occupe également une place importante dans les collectivités autochtones.

Les options suivantes faciliteraient le bénévolat :

1- Instaurer des crédits d'impôt pour le bénévolat

Une façon d'encourager le bénévolat consisterait à accorder une reconnaissance financière pour le temps consacré à des activités bénévoles. Des crédits d'impôt à cet égard pourraient ainsi favoriser le bénévolat.

2- Assurer le financement pluriannuel des activités bénévoles

La discontinuité du financement est source de mécontentement chez les bénévoles. Il est recommandé d'encourager les gouvernements à fournir un financement pluriannuel afin d'assurer la continuité du travail des bénévoles.

3- Investir dans l'infrastructure des organismes bénévoles

L'une des difficultés auxquelles se heurtent les organismes bénévoles est le manque de ressources leur permettant de conserver un bassin de bénévoles. Le soutien financier nécessaire à une solide infrastructure pour le recrutement, la sélection, la formation, l'encadrement, l'évaluation et la reconnaissance au sein du secteur bénévole pourrait faciliter le bénévolat.

4- Créer un programme de jumelage des compétences

Des recherches effectuées par Bénévoles Canada révèlent que les membres de la génération du baby-boom constituent un groupe possible de bénévoles qui est plus exigeant, qui cherche des occasions d'épanouissement, qui veut utiliser son temps de façon innovatrice et qui est en quête d'expériences intéressantes et enrichissantes. Un programme fédéral conçu pour mettre à profit les compétences d'éventuels bénévoles en fonction des besoins de la collectivité pourrait faciliter le bénévolat.

5- Promouvoir et reconnaître le bénévolat tout au long de la vie

On a dit au Comité qu'il existe un lien intime entre la promotion du bénévolat auprès des aînés et la promotion du bénévolat tout au long du cycle de vie. Le Comité aimerait savoir comment promouvoir le bénévolat auprès de tous les Canadiens de façon qu'ils puissent goûter aux bienfaits du bénévolat à un âge avancé. Il serait possible de promouvoir le bénévolat auprès des gens de tous âges grâce à un programme d'éducation publique.

Options concernant l'éducation et l'apprentissage continu

On a dit au Comité que les possibilités d'éducation permettent aux aînés non seulement de développer de nouveaux intérêts, mais aussi de continuer à jouer un rôle actif au sein de la collectivité. L'apprentissage continu permet aux aînés de maintenir un niveau élevé de participation au sein de la population active et d'accroître leur qualité de vie du fait qu'ils se sentent plus heureux, en meilleure santé, plus respectés et plus autonomes. On lui a dit aussi que l'apprentissage actif contribue à entretenir la santé du cerveau en prévenant la perte des fonctions cérébrales et des habiletés cognitives comme la mémoire, le raisonnement et le jugement.

Bien que des aînés suivent des cours en rapport avec leur emploi rémunéré, un témoin a mentionné au Comité que les aînés participent aux activités de formation continue pour le simple plaisir d'apprendre, de socialiser et d'atteindre un but. Comme dans le cas du bénévolat, les gens sont davantage enclins à profiter des possibilités d'apprentissage à un âge avancé s'ils l'ont fait tout au long de leur vie. Par conséquent, les efforts faits pour promouvoir l'apprentissage continu tout au long de la vie profitent à tout le monde, y compris aux aînés. Les aînés reconnaissent-ils les bienfaits de l'apprentissage continu pour la santé mentale? Les Canadiens âgés veulent-ils participer à des activités d'éducation? De telles activités leur sont-elles offertes? Quels sont les obstacles à leur participation? Les aînés sont-ils au fait des activités qui leur sont offertes?

Il existe au pays un certain nombre de programmes novateurs qui favorisent l'apprentissage chez les aînés. On a toutefois indiqué au Comité que de nouveaux programmes pourraient être créés plus rapidement si les fournisseurs avaient l'occasion de se rencontrer pour échanger des idées et mettre en commun leurs pratiques exemplaires.

Le Comité remarque que l'apprentissage continu, le travail et la participation à la société forment l'un des trois piliers du bien-être des aînés, qui sont définis par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés. Les options suivantes amélioreraient l'accès aux possibilités d'apprentissage continu :

6- Élargir les crédits d'impôt pour études

Le gouvernement a instauré des crédits d'impôt pour études à l'intention des personnes qui suivent des cours accrédités. Conviendrait-il d'offrir ces crédits aux personnes âgées et, partant, d'élargir la définition des cours admissibles?

7- Promouvoir un site Web consacré à l'apprentissage continu

Il conviendrait de promouvoir l'échange de renseignements entre fournisseurs de services d'apprentissage continu pour les aînés au pays, notamment au moyen d'un site Web annoncé à grand renfort de publicité et contenant des liens avec les collectivités du pays.

8- Mener une campagne de sensibilisation à l'apprentissage continu

On pourrait faire valoir les retombées positives de l'apprentissage continu sur la santé mentale dans le cadre d'une campagne de sensibilisation.

Options concernant les relations sociales et intergénérationnelles

Les relations sociales et intergénérationnelles sont très importantes pour la santé mentale des aînés. Au chapitre de la participation sociale, on a indiqué au Comité qu'il existe des différences entre les aînés selon le groupe d'âge. Les aînés ont légèrement tendance à réduire leur niveau de participation avec le temps.

Dans une recherche sur l'isolement social, demandée par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés, on a déterminé que les personnes suivantes sont plus susceptibles d'être touchées par l'exclusion sociale : les femmes très âgées, les aînés peu instruits, les aînés vivant dans les régions urbaines, les immigrants âgés, les aînés célibataires et les aînés dont l'état de santé restreint le niveau d'activité.

Dans cette recherche, il est indiqué en conclusion que l'exclusion sociale guette particulièrement les immigrants âgés même s'ils se trouvent au Canada depuis longtemps. On ne sait pas vraiment s'ils se heurtent à des niveaux d'exclusion plus élevés ou s'ils ont plus de chance de faire partie de réseaux de soutien informels. Comme les futures cohortes d'aînés seront probablement encore plus diversifiées sur le plan culturel, le Comité voudra examiner de plus près si les besoins sociaux des immigrants âgés sont comblés, sinon comment ils pourraient l'être.

Les options suivantes permettraient d'amoindrir l'isolement social parmi les aînés :

9- Adapter le programme Nouveaux Horizons pour les aînés, en fonction des besoins des Autochtones

Le gouvernement fédéral finance le programme Nouveaux Horizons pour les aînés, lequel prévoit des subventions pouvant s'élever à 25 000 \$ pour des projets communautaires qui favorisent la participation des aînés à la vie communautaire pour éviter leur isolement social. Les projets sont généralement axés sur la contribution à la collectivité, la vie active, la participation sociale ou encore l'établissement de partenariats. Convierait-il d'adapter ce programme pour le mettre à la disposition des Autochtones dans les réserves?

10- Amoinsrir l'isolement par une meilleure planification urbaine

Des recherches réalisées pour le compte du groupe de travail fédéral-provincial-territorial de hauts fonctionnaires sur l'exclusion sociale montrent que les personnes vivant en milieu urbain sont trois fois plus à risque d'être touchées par l'exclusion sociale que celles qui vivent en milieu rural. Ces recherches indiquent en outre que les aînés en milieu rural peuvent compter sur leurs voisins et leurs pairs pour se faire conduire à des événements familiaux et à des activités communautaires, car les gens se connaissent généralement les uns les autres. Le gouvernement fédéral pourrait donner aux urbanistes des occasions d'examiner comment ils pourraient contribuer à réduire l'isolement dans les zones urbaines, pour tous, y compris les aînés. Il convierait également de faire connaître le *Guide mondial des villes-amies des aînés*, de l'Organisation mondiale de la santé, et l'*Initiative des collectivités rurales et éloignées*

amies des aînés : un guide, de l'Agence de la santé publique du Canada, auprès des groupes professionnels concernés.

Options concernant l'activité physique

Le Comité a appris que l'activité physique au quotidien est l'une des stratégies les plus importantes qu'on puisse adopter pour conserver la santé physique et mentale de même qu'une qualité de vie au fil du temps. Il semblerait que le coût de l'inactivité physique au Canada est très élevé, soit un montant estimatif de 5,3 milliards de dollars; or, il est possible de contrebalancer les répercussions de l'inactivité sur la santé en modifiant un tant soit peu son mode de vie.

On a également dit au Comité comment les schèmes de comportement tout au long de la vie influent sur la probabilité que les gens demeurent actifs à mesure qu'ils avancent en âge. De même, les aînés profitent des investissements qu'ils ont faits dans un mode de vie sain et actif tout au long de leur vie. Malgré cela, il n'est jamais trop tard pour tirer parti d'un mode de vie actif.

On ne saurait contester les bienfaits de l'activité physique, mais de nombreux Canadiens, y compris des aînés, ne font pas autant d'activité qu'ils le devraient. Les hommes font plus d'activités physiques que les femmes à toutes les étapes de la vie sans exception. D'autres groupes moins enclins à faire de l'exercice comprennent les personnes âgées de plus de 80 ans, les aînés qui ont un faible revenu ou qui sont peu instruits, les aînés ayant un handicap ou une maladie chronique, les aînés qui vivent en établissement ou qui sont isolés, de même que les aînés qui font partie d'une minorité ethnoculturelle et ethnolinguistique.

Selon la Coalition de vie active des aînés, plusieurs obstacles nuisent à l'activité physique chez les aînés, à savoir :

1. l'accessibilité des lieux – incluant le transport, les heures de cours et la sécurité;
2. l'adaptabilité des programmes – pour les adultes âgés, la disponibilité des cours, le manque d'information sur les programmes, un leadership approprié/qualifié pour les cours, la sécurité reliée à l'activité (peur de se blesser ou de tomber);
3. le coût – les frais d'inscription à un programme et le coût du transport;
4. le soutien psychosocial – le manque de motivation, l'absence d'un réseau social.

Les options suivantes permettraient de promouvoir les bienfaits de l'activité physique tout au long de la vie, de même qu'auprès des aînés :

11- Sensibiliser les Canadiens aux avantages de l'activité physique

Il faut informer davantage les Canadiens, y compris les aînés, au sujet de l'importance de l'activité physique pour le maintien de la santé physique et psychologique, pour la réduction des risques de maladie chronique et pour la gestion de la douleur associée aux maladies chroniques. Le Comité constate que l'Agence de la santé publique du Canada a conçu des outils pratiques, dont le *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine pour les aînés*. Le gouvernement fédéral pourrait organiser une campagne nationale de marketing social afin de renseigner les Canadiens sur l'importance de l'activité physique, en particulier pour les adultes âgés. Il pourrait aussi distribuer avec tous les envois aux personnes âgées des dépliants expliquant l'importance de l'activité physique, et en mettre à la disposition des centres pour aînés.

12- Éliminer les obstacles à la vie active

L'élimination des obstacles qui ont trait à l'accessibilité, aux programmes, au coût et à la motivation ne peut se faire sans la collaboration de tous et chacun, du secteur privé, des organismes non gouvernementaux et de tous les ordres de gouvernement. Convierait-il d'offrir aux adultes des incitatifs fiscaux pour qu'ils participent à des programmes de mise en forme, comme ceux qui sont actuellement offerts pour les enfants? Existe-t-il des moyens de transport en commun à la fois accessibles et abordables que pourraient emprunter les aînés pour se rendre sur les lieux des activités de mise en forme? En ce qui concerne la mobilité, y a-t-il des différences entre le milieu rural et le milieu urbain?

13- Faciliter la mise en commun des connaissances et des pratiques exemplaires

On a fait savoir au Comité que l'échange de renseignements sur le vieillissement actif est insuffisant au niveau national et qu'il est nécessaire de créer un répertoire central pour la collecte et la diffusion de renseignements afin que tous puissent être informés des cadres et des pratiques exemplaires. En outre, il a été proposé que le gouvernement fédéral participe à la formation de

professionnels qualifiés pour l'organisation d'activités physiques à l'intention des aînés. Convierait-il d'inviter les collègues communautaires et d'autres établissements à mettre en œuvre des programmes de formation de professeurs d'activité physique? Comment offrir une formation aux travailleurs de la santé pour les aider à promouvoir l'activité physique et fournir un réseau de soutien vers lequel ils pourraient orienter les gens? Les frais d'inscription à des centres d'activité pourraient-ils être déductibles?

2.2 Âgisme

Le Comité a appris que l'âgisme est l'un des principaux obstacles au vieillissement actif. Il y a autant de façons de vieillir qu'il y a de personnes qui vieillissent. Il n'existe pas de formule indiquant comment vieillir ou ce que réservera le vieillissement. La plupart des aînés sont encore en santé et mènent une vie active, et cela devrait constituer la norme. Les suppositions négatives faites au sujet du vieillissement peuvent limiter la participation active de ces groupes. Les suppositions négatives que la société fait à propos du vieillissement limitent également la participation active des aînés. La retraite obligatoire en est un exemple éloquent.

Le Comité est d'avis qu'il faut maintenir et protéger l'indépendance personnelle de tous, y compris celle des aînés. Il faut des efforts concertés pour transformer le concept du vieillissement et pour nous éloigner des politiques qui sont discriminatoires envers les aînés.

Qu'il s'agisse d'évaluer la faculté de conduire un véhicule ou de continuer à travailler, l'âge chronologique est gage de compétence. On a cependant indiqué au Comité que le retrait des privilèges et des droits en fonction de l'âge constitue une forme d'âgisme. Aux fins de la sécurité publique, il faut absolument s'assurer que les gens sont compétents au travail et aptes à conduire un véhicule. Parallèlement, des pratiques fondées sur l'âge qui compliquent l'exercice d'une profession ou d'un métier ou la conduite automobile sont discriminatoires si elles reposent uniquement sur l'âge. Il sera de plus en plus important de trouver des stratégies d'évaluation des compétences tout au long de la vie et non seulement à un âge avancé. C'est déjà le cas pour certains groupes professionnels, dont les médecins.

Les options suivantes permettraient de combattre l'âgisme :

14- Mettre en œuvre une stratégie nationale de lutte contre la stigmatisation et la discrimination

Des campagnes d'information publique visant à lutter contre l'âgisme pourraient être élaborées de concert avec des organismes communautaires. Des témoins croient que des programmes de cours sur l'âgisme pourraient être intégrés aux programmes de services sociaux et de santé. En outre, un plan d'action pourrait être élaboré pour sensibiliser davantage la population aux aspects complexes de la santé mentale des aînés.

15- Favoriser la création d'indicateurs de compétence en remplacement de l'âge chronologique

Le Comité a reçu des propositions originales permettant de concilier la sécurité publique et les droits individuels et il aimerait en savoir davantage là-dessus. Par exemple, les autorités provinciales devraient-elles créer de nouvelles catégories de permis de conduire qui seraient assortis de restrictions au lieu de retirer carrément le privilège de conduire? Des tests de conduite devraient-ils être administrés non seulement aux aînés mais à tous les groupes d'âge? Est-il nécessaire de diffuser les modèles novateurs dans tout le pays? Comment procéder?

16- Promouvoir la recherche sur les compétences

Remplacer les critères fondés sur l'âge par une grille d'évaluation des compétences n'est pas une mince affaire. Cela exige de solides éléments de preuve au sujet des compétences. Des témoins estiment que nous n'en savons pas encore assez sur la mesure des compétences. Que faut-il savoir? D'autres croient que les gouvernements, le secteur privé et les gens doivent prendre des décisions plus éclairées en fonction de ce qu'ils savent déjà à ce sujet. Comment partager l'information pour que tous les intervenants puissent prendre des décisions éclairées au sujet des compétences?

Chapitre 3 – Travailleurs âgés, retraite et sécurité du revenu

Les témoins qui ont comparu devant le Comité ont souligné plusieurs objectifs relativement à la participation au marché du travail et à la sécurité du revenu à la retraite : des revenus adéquats pour les personnes âgées; un bassin suffisant de travailleurs qualifiés pour le marché du travail canadien; la rétention des connaissances dans les organismes des secteurs privé, public et sans but lucratif; l'accroissement des choix pour les personnes qui vieillissent. Le Comité souhaite à la fois offrir plus de choix aux Canadiens qui vieillissent et formuler des politiques publiques viables pouvant soutenir ces choix et aider à répondre à l'ensemble des besoins sociaux et économiques du pays.

Les témoins préconisent la souplesse à la retraite, afin que les travailleurs âgés qui souhaitent travailler après l'âge de 65 ans puissent le faire. Par ailleurs, le Comité reconnaît qu'il ne faut pas obliger à travailler ceux qui souhaitent prendre leur retraite. Le présent chapitre expose tout un éventail d'options proposées par les témoins relativement au travail, à la retraite et au revenu, ainsi que des politiques et des programmes qui tiennent compte du cycle de la vie. Le Comité reconnaît qu'il existe peut-être d'autres options concernant les travailleurs âgés, la retraite et le soutien du revenu et il est disposé à en discuter, en plus d'aborder les options présentées ci-après.

3.1 Travailleurs âgés, régimes de pension et retraite

On a fait valoir au Comité que l'âge moyen de la retraite a baissé graduellement, passant d'un sommet de 65,1 ans en 1977 à 60,9 ans en 1998. Depuis ce temps toutefois, on constate une augmentation de la participation au marché du travail et des taux d'emploi des aînés.

Le Comité a fait enquête sur les facteurs les plus susceptibles d'influer sur la décision de partir à la retraite. Des témoins ont présenté des études de Statistique Canada qui montrent que les régimes de retraite à prestations déterminées incitent fortement à prendre une retraite précoce; certains de ces régimes permettent de toucher la prestation maximale dès l'âge de 55 ans. Par ailleurs, le Régime de pensions du Canada (RPC), qui comporte des mesures qui

dissuadent légèrement de toucher les prestations de retraite avant l'âge de 65 ans, n'a qu'une faible incidence sur les décisions touchant la retraite.

Les programmes de retraite progressive pourraient devenir un outil efficace permettant d'offrir plus de souplesse pour le passage de la vie active à la retraite complète. Le principe général d'un programme de retraite progressive est simple : lorsque le revenu diminue avec le nombre d'heures de travail, les prestations de retraite augmentent.

Certaines dispositions annoncées dans le Budget 2007 sont venues modifier le *Règlement de l'impôt sur le revenu* de manière à permettre à un employé de recevoir des prestations de pension d'un RPA (régime de pension agréé) à prestations déterminées tout en continuant d'accumuler d'autres prestations, sous réserve de certaines contraintes. Le nouveau régime est entré en vigueur en 2008.

À l'heure actuelle, un travailleur a droit à une rente de retraite s'il a cotisé au Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec (RPC/RRQ) au moins une année et qu'il a au moins 60 ans. Un travailleur âgé entre 60 et 65 ans doit avoir cessé de travailler ou encore avoir pris une entente avec son employeur pour réduire son temps de travail en vue de la retraite, entraînant une réduction de salaire d'au moins 20 %. Le RPC/RRQ considère qu'une personne a cessé de travailler si ses revenus de travail sur 12 mois n'excèdent pas 11 225 \$. Par contre, si une personne est âgée de 65 ans ou plus, il n'est pas nécessaire d'avoir cessé de travailler pour toucher une rente de retraite. Ce plafond monétaire peut donc s'avérer pénalisant à l'égard des efforts faits pour encourager le taux d'activité des travailleurs âgés de 60 à 65 ans qui veulent demeurer actifs sur le marché du travail à temps partiel.

Les travailleurs âgés qui n'ont pas une grande sécurité d'emploi ou des prestations de retraite généreuses ont moins de possibilités. Des témoins ont signalé que les travailleurs âgés sont souvent obligés de travailler ou sont prêts à le faire, mais font face à des situations éprouvantes si leur emploi prend fin sans qu'ils le veuillent pour cause de blessure, de mise à pied ou d'incapacité d'exécuter le travail. Des témoins ont aussi décrit comment le Supplément de revenu garanti (ou SRG, prestation pécuniaire versée à ceux qui ont un faible revenu à la retraite), tel qu'il était conçu, décourageait fortement les prestataires de toucher un revenu d'emploi ou d'autres sources. En effet, le prestataire perdait 0,50 \$ en prestation pour chaque dollar

gagné. Le Comité se réjouit de la décision annoncée dans le Budget 2008 d'exempter la première tranche de 3 500 \$ de revenu gagné dans le calcul du Supplément de revenu garanti.

Plusieurs options ont été suggérées à l'égard des mesures qui poussent à avancer ou à retarder le départ à la retraite :

17- Lancer une campagne de sensibilisation aux récents changements législatifs qui ont éliminé les obstacles à la retraite progressive

On annonçait dans le budget fédéral 2007 des mesures pour encourager les travailleurs âgés à continuer de travailler en leur permettant d'opter pour une retraite progressive en vertu de laquelle ils peuvent toucher une pension partielle tout en continuant de cotiser au régime de retraite. Est-ce que cette mesure est susceptible de faciliter la retraite progressive? La population est-elle au courant de ce changement?

18- Rétablir la neutralité actuarielle du Régime de pensions du Canada en intensifiant les mesures incitant à attendre avant de toucher des prestations de retraite

Selon des témoins, il est préférable de ne pas accroître la sanction à l'égard des personnes qui commencent à toucher une prestation du RPC entre l'âge de 60 et 65 ans. Serait-il possible d'intensifier la mesure incitant à attendre avant de toucher ces prestations, sans modifier la pénalité imposée à ceux qui touchent leurs prestations plus tôt?

19- Travailler en collaboration avec les provinces afin de modifier le Régime de pensions du Canada pour que les travailleurs âgés qui touchent des prestations avant l'âge de 65 ans puissent continuer de cotiser au régime

À l'heure actuelle, le travailleur qui commence à toucher la prestation du RPC avant l'âge de 65 ans cesse de cotiser au régime. Par conséquent, l'employeur cesse aussi d'y contribuer en son nom. Des témoins ont suggéré que les travailleurs âgés soient autorisés à toucher une prestation du RPC tout en cotisant au régime, afin de le bonifier.

20- Travailler en collaboration avec les provinces afin de modifier le Régime de pensions du Canada pour que les personnes ayant entre 60 et 65 ans qui souhaitent se prévaloir de la prestation du RPC tout en travaillant

puissent le faire et ne soient pas obligées de cesser de travailler ou de cotiser jusqu'au maximum du RPC dans les mois qui précèdent leur demande

On a fait valoir au Comité que la pratique actuelle dissuade les aînés de continuer de travailler.

- 21- Lancer une campagne de sensibilisation à la discrimination contre les travailleurs âgés et examiner de façon plus attentive le traitement qu'ils subissent afin de déterminer si les mesures législatives et réglementaires existantes sont respectées**

Il faudrait créer des mesures incitatives efficaces afin de favoriser la formation de travailleurs âgés réceptifs.

- 22- Modifier le programme d'assurance-emploi afin qu'il prévoie des prestations à l'intention des travailleurs âgés chômeurs, au lieu que ces derniers soient obligés de toucher plus tôt des prestations du RPC ou d'autres régimes, ce qui peut les pénaliser**

Des témoins ont décrit des situations où des travailleurs âgés qui perdent leur emploi commencent plus tôt à toucher leurs prestations du RPC, entraînant une réduction du montant de la prestation. Serait-il possible de modifier le programme d'assurance-emploi afin d'éviter cette perte de prestations?

3.2 Revenus de retraite suffisants

Des témoins ont montré que la richesse des jeunes Canadiens augmente à mesure qu'ils avancent en âge, mais cette richesse découle presque exclusivement de la valeur accrue de leur domicile. La vente de la résidence pourrait se traduire en revenu, mais irait à l'encontre du principe visant à encourager à « vieillir chez soi ». Par conséquent, les aînés sont parfois riches en avoirs, mais pauvres en revenus.

D'autres témoins ont souligné que les personnes âgées qui ne sont pas propriétaires de leur domicile sont plus vulnérables à la pauvreté, puisque les augmentations de loyer grèvent la part qui reste d'un revenu quasiment fixe. Les options possibles pour réduire cette vulnérabilité, notamment le financement de logements abordables supplémentaires, sont examinées au chapitre 5.

Les options suivantes pourraient être étudiées :

23- Examiner les autres apports de revenu possibles

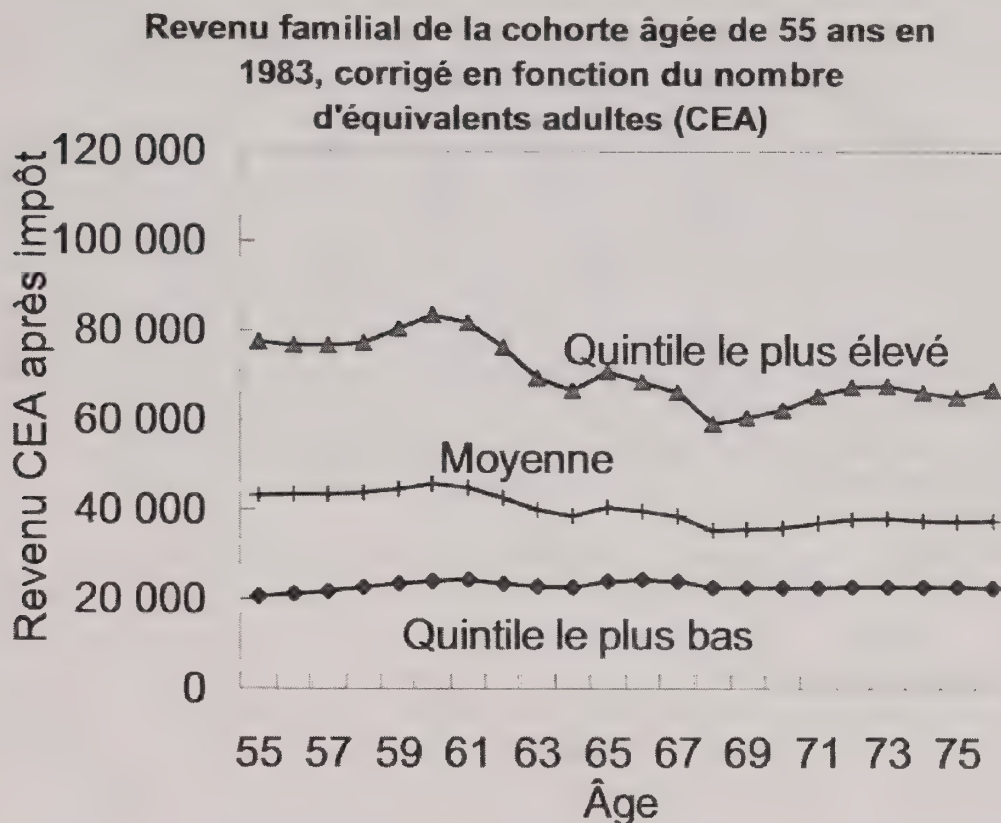
Des témoins ont décrit la nécessité de tirer des revenus de leur actif, mais le mécanisme actuel de « prêt hypothécaire inversé » peut donner lieu à des pratiques injustes nuisant aux propriétaires et à leurs avoirs. Est-ce que d'autres solutions pourraient être envisagées?

Options visant la pauvreté

Dans son rapport provisoire, le Comité a posé une question à approfondir : quelles mesures peuvent être prises pour relever le taux de faible revenu des aînés vivant seuls et réduire d'autres facteurs de risque?

Les représentants de Statistique Canada qui ont comparu devant le Comité ont décrit le revenu des aînés en termes de niveaux de revenu de remplacement pour les Canadiens âgés : cette mesure compare le revenu de retraite à 65 ans au revenu à 55 ans. Or, les études montrent que les retraités dans les plus faibles groupes de revenu ont des niveaux de remplacement comparables ou supérieurs à leur revenu avant la retraite. Les retraités à revenu moyen ont des niveaux de remplacement qui sont presque aussi élevés. Seules les personnes qui étaient dans le groupe de revenu le plus élevé à 55 ans constateront peut-être un niveau de remplacement plus faible à 65 ans. Cependant, même avec un niveau de remplacement inférieur, ces personnes continuent de toucher à 65 ans des revenus plus élevés que les groupes qui avaient des revenus inférieurs à 55 ans (voir la figure 3.1 ci-dessous). Les chercheurs ont aussi souligné que les niveaux de remplacement de revenu pour les groupes à revenu moyen et supérieur baissent après l'âge de 85 ans, sans doute en raison de l'épuisement de l'épargne privée.

Figure 3.1



Source : René Morissette, Garnett Picot et John Myles, *La richesse et le revenu des retraités et des préretraités*, présentation au Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, 2008.

Les sources de revenus varient pour les aînés et peuvent comprendre les revenus tirés de l'emploi, les prestations d'un régime privé de retraite, les prestations du RPC, des retraits de REER, d'autres investissements, la Sécurité de la vieillesse (SV) et le Supplément de revenu garanti (SRG).

Les prestations des régimes privés de pension sont liées au nombre d'années de service et aux revenus tirés de l'emploi auprès d'un employeur particulier. Les prestations du RPC par contre sont financées par les cotisations des employeurs et des employés et, par conséquent, diminuent dès que l'employé se retire du marché du travail. Des dispositions spéciales ont été adoptées à l'égard des personnes qui cessent de travailler pour élever de jeunes enfants, mais il n'existe pas de dispositions semblables pour celles qui

souhaitent s'occuper d'autres membres de la famille. Le seuil du RPC est relativement faible (le salaire moyen); au-delà de ce seuil, aucune cotisation n'est perçue auprès des employeurs ou des employés, et le régime vise à remplacer seulement 25 % des revenus d'emploi jusqu'à ce seuil.

Le revenu de bon nombre d'ânés est inférieur au seuil de faible revenu établi par Statistique Canada (utilisé dans le présent rapport comme seuil de pauvreté), mais ils ne souffrent pas pour autant d'une indigence extrême. En effet, leurs revenus correspondent habituellement à 90 % ou plus du seuil de faible revenu. Bon nombre dépendent de la SV et du SRG comme seules sources de revenus. Or, s'ils vivent dans de petites municipalités, le montant provenant de la SV et du SRG est peut-être supérieur au seuil de faible revenu. Les ânés dont le revenu est inférieur à ce seuil vivent souvent seuls ou dans une grande ville.

De plus, on a indiqué au Comité que les ânés admissibles ne reçoivent pas tous les prestations auxquelles ils ont droit, parce qu'ils ne sont pas au courant des demandes à remplir ou de leur admissibilité, notamment l'admissibilité aux prestations de retraite en vertu du Régime de pensions du Canada. Lorsque des personnes admissibles font une demande tardive, des prestations peuvent être payées rétroactivement pour une période maximale de 11 mois.

Parmi les options possibles pour atténuer les problèmes de pauvreté figurent les suivantes :

24- Rendre non imposables les prestations de la Sécurité de la vieillesse et du Supplément de revenu garanti s'il s'agit des seules sources de revenus

Certains ânés à faible revenu paient de l'impôt sur le revenu. À l'heure actuelle, l'exemption de base est inférieure aux montants combinés maximums de la SV et du SRG. Pourrait-on fixer pour les ânés une autre déduction de base qui correspondrait au total des prestations de la SV et du SRG? Pourrait-on atteindre le même objectif au moyen d'un crédit d'impôt soigneusement conçu à l'intention des personnes âgées?

25- Proposer aux gouvernements provinciaux que les prestations de survivant versées en vertu du RPC restent au même niveau après le décès du conjoint

Quelle serait l'incidence actuarielle sur le RPC? Y a-t-il d'autres mécanismes pour faire en sorte que les survivants,

principalement des femmes, ne se heurtent pas à une chute soudaine du revenu lors du décès du conjoint?

26- Modifier le SRG afin que les personnes âgées ne se retrouvent pas sous le seuil de faible revenu

Étant donné que le seuil de faible revenu varie en fonction de la taille du ménage, mais aussi de la population de la ville de résidence, y a-t-il une façon de varier le SRG en fonction de la taille de la ville? Pourrait-on prévoir un supplément spécial pour les résidents des grandes agglomérations?

27- Travailler en collaboration avec les gouvernements provinciaux afin d'accroître le taux de remplacement du revenu provenant du RPC (actuellement fixé à 25 % du revenu, jusqu'à concurrence du salaire moyen) ou augmenter le montant maximum des gains ouvrant droit à pension pour qu'il dépasse le revenu moyen, ou les deux

Pourrait-on, comme le recommandent certains témoins, augmenter le montant maximum sur lequel des cotisations sont perçues, le faisant passer de 40 500 à 60 000 \$? Si le niveau de remplacement du RPC passe de 25 à 50 % (au fil du temps), quelle sera l'incidence sur les revenus de retraite, les tendances en matière d'emploi et la participation au marché du travail?

28- Analyser les changements proposés au revenu de retraite afin d'évaluer et de corriger les différences d'effets sur les hommes et les femmes

La politique du gouvernement fédéral exige que les nouvelles politiques soient analysées du point de vue de leur effet sur les deux sexes. Cette politique s'applique-t-elle également aux politiques, programmes et règlements régissant les revenus de retraite?

29- Mener des campagnes plus énergiques pour faire en sorte que tous les Canadiens admissibles touchent toutes les prestations relativement à la retraite et à l'âge auxquelles ils ont droit

Au Québec, pratiquement toutes les personnes admissibles aux prestations du Régime de rentes du Québec les reçoivent. Comment le gouvernement fédéral pourrait-il reproduire les pratiques du Québec, y compris une période plus longue de

rétroactivité, pour obtenir le même résultat? Existe-t-il d'autres méthodes pouvant donner les mêmes résultats?

- 30- Verser des remboursements rétroactifs, avec intérêts, aux prestataires qui n'ont pas présenté de demande à la SV à 65 ans ou au RPC à 70 ans, ou qui ont essuyé un refus en raison d'erreurs administratives. Veiller à ce que ces paiements couvrent la période entre l'âge d'admissibilité et l'âge auquel le remboursement est effectué**

Cette option vise à accroître l'équité dans l'administration de ces prestations et à inciter les gouvernements à veiller à ce que toutes les personnes admissibles reçoivent leurs prestations. Est-ce qu'un tel changement permettra d'atteindre ces objectifs? Est-ce qu'il aurait des répercussions néfastes sur la sécurité économique des particuliers ou sur les programmes eux-mêmes?

3.3 Services et revenu

Le revenu est un important facteur du bien-être des personnes âgées, mais les services fournis par le gouvernement ou des organismes non gouvernementaux revêtent souvent une importance égale ou supérieure. Citons à titre d'exemple les médicaments d'ordonnance subventionnés ou fournis gratuitement, et les soins à domicile fournis sans frais.

Dans certaines provinces, ces services sont gratuits seulement si l'aîné touche le Supplément de revenu garanti, ce qui risque de dissuader les aînés de gagner un revenu qui pourrait les rendre inadmissibles au SRG. Cette situation, combinée à la disposition de récupération de la SRG, équivalente à 0,50 \$ pour chaque dollar de revenu gagné, a créé une taxe réelle de plus de 100 %, c'est-à-dire que la combinaison des gains et des services subventionnés perdus pourrait faire en sorte qu'une personne se retrouve déficitaire sur le plan du revenu et des services. Par conséquent, des bénéficiaires de la SRG sont parfois dans l'impossibilité d'améliorer leur situation, même s'ils ont recours à un emploi rémunéré.

Plusieurs options sont possibles :

- 31- Harmoniser la conception et le fonctionnement de la Sécurité de la vieillesse et du Supplément de revenu**

garanti, ainsi que des soutiens et services (principalement d'ordre provincial) afin que de modestes augmentations du revenu n'entraînent pas une réduction des soutiens ou des services

Le gouvernement fédéral pourrait-il œuvrer en partenariat avec une province ou plusieurs afin de piloter un projet d'harmonisation à cet égard?

32- Élaborer une entente fédérale-provinciale-territoriale afin que les augmentations de la SV ou du SRG n'entraînent pas une perte d'admissibilité aux subventions ou aux services pour les personnes âgées.

Existe-t-il des exemples antérieurs d'un tel accord? Existe-t-il des mécanismes ou des organismes décisionnels qui pourraient faciliter un tel accord?

3.4 Politiques et programmes qui tiennent compte du cycle de la vie

Le Comité a entendu un large éventail de témoignages sur la participation accrue des femmes au marché du travail, l'augmentation des heures de travail au cours des dernières années et l'intensification des pressions pour la prestation informelle de soins. Toutes ces modifications témoignent de grands changements dans la façon dont les Canadiens répartissent leur temps entre le travail, les soins, l'éducation et les loisirs au courant de leur vie. Et pourtant, les politiques et les programmes sociaux évoluent sans coordination et sans cohérence, créent des lacunes et nuisent à la capacité des Canadiens de réagir comme ils le voudraient aux diverses demandes qui se font sentir.

On a indiqué au Comité que des analyses ont commencé sur ces politiques et programmes et sur la façon dont les Canadiens répartissent leur temps et leurs ressources au cours du cycle de la vie; ces analyses pourraient aider à mettre en place des politiques et des programmes sociaux plus exhaustifs et plus adaptés à la nouvelle réalité de la population canadienne.

L'option suivante serait donc possible :

33- Revoir la conception du RPC à la lumière des différences croissantes dans la participation au marché du travail

Le RPC prévoit déjà une disposition d'exclusion pour les parents d'enfants de moins de 7 ans, ainsi qu'une disposition d'exclusion générale. Des recommandations formulées ailleurs dans le présent rapport proposent de mettre au point des dispositions d'exclusion pour les personnes qui prodiguent des soins. Le Comité poursuivra son étude en cherchant à déterminer si des programmes comme le RPC s'adaptent à la variabilité croissante de la participation au marché du travail au cours d'une vie. Est-ce qu'une analyse et une approche axées sur le cycle de la vie pourraient donner lieu à plus de souplesse et de sécurité, notamment au moment de la retraite?

Chapitre 4 : Vieillir en santé

Le Comité a entendu dire à maintes reprises que la santé est essentielle à la qualité de vie des aînés canadiens. De nombreux facteurs entrent en jeu dans la santé des aînés. Des témoins ont répété l'importance des déterminants de la santé et de l'approche axée sur la santé de la population, adoptée par l'Agence de la santé publique du Canada, dans l'amélioration de la santé des personnes âgées. Des déterminants de la santé comme le revenu et la situation sociale, les réseaux de soutien social, le niveau d'instruction et la capacité de lire et d'écrire, et l'emploi et les conditions de travail ont des effets cumulatifs sur la santé et le bien-être plus tard dans la vie. Lorsque les déterminants de la santé sont positifs pendant toute la vie, les aînés ont un troisième et un quatrième âge plus long et ont moins d'années en perte d'autonomie.

Les Canadiens vivent non seulement plus longtemps, mais ils vivent également plus longtemps en bonne santé. En fait, certains peuvent demeurer en bonne santé toute leur vie. Reconnaissant que le vieillissement est souvent associé au déclin physique et mental, le Comité a recherché des options visant à renforcer la santé, à accroître l'activité, et à favoriser l'épanouissement pendant la vieillesse.

Le présent chapitre contient des options soumises par des témoins au sujet des services dont les Canadiens âgés ont besoin pour assurer la prévention et la gestion de leur santé mentale et physique et le traitement de problèmes à cet égard. Il traite également de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, du débat opposant soins et traitement, du besoin de spécialistes en gériatrie et en gériatrie, de la maladie chronique, des soins palliatifs, de la santé mentale et des besoins en matière de santé de groupes relevant de la compétence fédérale.

Le Comité reconnaît qu'il peut y avoir d'autres options non encore définies visant à promouvoir le vieillissement en santé, et il est disposé à discuter de ces options ainsi que de celles présentées dans le rapport.

4.1 Promotion de la santé et prévention des maladies

Les stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies peuvent garder les gens en meilleure santé et améliorer leur qualité de vie. En réduisant le taux et les incidences de certaines maladies, elles peuvent également contribuer à limiter les coûts des soins de santé. Les initiatives de promotion de la santé telles que les programmes de nutrition et d'activité physique permettent de réduire de nombreux risques liés au vieillissement. Toutefois, pour que les stratégies de prévention soient les plus efficaces, il faut qu'elles visent les personnes de tous âges et non pas seulement les aînés.

La prévention des chutes et des blessures est un aspect important de la promotion de la santé chez les aînés. Les blessures découlant de chutes ont un effet catastrophique sur la santé et l'autonomie des aînés. Le Comité a appris que chez les personnes âgées, les chutes sont responsables de 84 % des hospitalisations liées à des blessures, et de 40 % des admissions dans les centres d'hébergement et les établissements de soins de longue durée.

La faiblesse physique et les dangers présents dans l'environnement sont les principaux facteurs de risque de chutes. D'aucuns ont fait valoir que le fait de renverser la perte de force physique chez de nombreuses personnes âgées pourrait avoir une incidence considérable sur la santé du pays. Des options visant à promouvoir l'activité physique chez les aînés sont traitées plus en détail dans le chapitre 2. Des témoins ont également soulevé le problème des mauvaises chaussures et insisté sur l'importance de choisir de bonnes chaussures pour prévenir les chutes.

Les chutes peuvent aussi résulter de l'utilisation de certains médicaments. Les maladies chroniques liées au vieillissement nécessitent la prise de divers médicaments, dont chacun peut avoir des effets secondaires et des interactions négatives. Des études ont révélé qu'entre 18 et 50 % des médicaments pris par les aînés ne sont pas utilisés de façon appropriée. Il n'est donc pas étonnant qu'entre 19 et 28 % des hospitalisations de patients de plus de 50 ans soient imputables à des problèmes de médication.

Le coût des médicaments est aussi une préoccupation pour les personnes âgées vivant avec un revenu fixe. Le Comité a appris que la couverture de l'assurance-médicaments varie considérablement d'une province à l'autre, laissant un grand nombre de personnes âgées vulnérables aux difficultés financières. Ainsi, les médicaments

approuvés par Santé Canada pour le traitement de la maladie d'Alzheimer ne figurent pas nécessairement sur toutes les listes provinciales de médicaments, ce qui peut empêcher les aînés qui n'ont pas les moyens d'acheter ces médicaments coûteux d'y avoir accès.

Des témoins ont présenté l'option suivante sur l'abordabilité des médicaments :

34- Établir un régime national d'assurance-médicaments exhaustif financé par l'État ou par un partenariat public-privé

Compte tenu du fait que le coût des médicaments sur ordonnance a augmenté radicalement au cours des dernières années, un régime national assurerait un accès équitable aux médicaments nécessaires partout au Canada, quelle que soit la capacité de payer.

Options relatives à une meilleure alimentation

Le rôle de la nourriture dans la promotion d'une bonne santé et la prévention des maladies est bien documenté. Grâce à une bonne alimentation et à une activité physique régulière, les aînés peuvent prévenir ou contrôler la hausse des taux de maladies cardiaques, de cancer, d'hypercholestérolémie et d'hypertension artérielle associés au vieillissement.

Des témoins ont fait remarquer qu'il faut encourager une saine alimentation dès le plus jeune âge. La prévention de l'obésité chez les futures générations d'aînés commence par la modification des habitudes alimentaires des enfants et des jeunes d'aujourd'hui.

Le manque de soins dentaires et le coût de la nourriture font partie des obstacles qui peuvent empêcher les aînés d'avoir une saine alimentation. Comme le régime de santé ne finance pas les soins et les prothèses dentaires, certains aînés sont incapables de s'alimenter correctement. Les ménages à faible revenu dans les collectivités du Nord ont aussi de la difficulté à obtenir des aliments abordables.

Les options suivantes permettraient d'améliorer l'alimentation :

35- Lancer des campagnes d'information sur la nutrition destinées aux aînés et à la population en général

Une meilleure compréhension des conséquences négatives d'une mauvaise alimentation peut donner plus de poids aux campagnes ciblant les aînés d'aujourd'hui et de demain.

36- Veiller à ce que les programmes de soins dentaires pour les Premières nations et les Inuits, les anciens combattants et les détenus des pénitenciers fédéraux assument les coûts des prothèses dentaires

Le fait de permettre aux aînés dont le gouvernement fédéral est directement responsable d'avoir accès à des prothèses dentaires quand ils en ont besoin est une première étape dans la promotion d'une saine alimentation.

Options visant à lutter contre les mauvais traitements et la négligence

Les mauvais traitements à l'égard des aînés englobent l'exploitation financière, la violence physique, sexuelle et psychologique, la négligence et la violation des droits, et ils se produisent à la maison ou dans les établissements. Le Comité a appris que moins d'un cas de mauvais traitements sur cinq est effectivement porté à l'attention d'un organisme public, et encore moins sont signalés à un organisme public œuvrant au sein du système de justice pénale.

Des témoins ont parlé des nombreux facteurs qui contribuent au mauvais traitement d'aînés canadiens, notamment l'épuisement des aidants, la formation inadéquate des travailleurs de la santé et le manque de personnel au sein des établissements. Bien que les besoins en matière de soins de santé des patients des établissements de soins de longue durée soient de plus en plus complexes, le personnel n'a pas reçu suffisamment de formation pour y répondre. Un tel environnement contribue à l'épuisement du personnel, à la diminution de la qualité des soins, à la négligence et aux mauvais traitements. Les mesures de soutien des aidants sont traitées de façon plus approfondie au chapitre 5.

Des témoins ont mentionné qu'il n'est pas nécessaire de modifier le *Code criminel* pour établir des infractions spéciales relatives au

mauvais traitement des personnes âgées, et que l'application correcte des lois existantes serait suffisante. Le projet de loi 140 de l'Ontario a été mentionné comme un modèle largement reconnu pour la façon dont il établit des normes et propose un protocole à suivre en cas de mauvais traitements à l'égard de personnes âgées.

Les options suivantes permettraient de lutter contre les mauvais traitements et la négligence :

37- Élaborer des mesures de soutien des aidants et promouvoir l'éducation afin de prévenir l'épuisement professionnel

Des services de soins de relève et des programmes de soutien permettant aux aidants de faire face aux problèmes auxquels ils sont confrontés peuvent contribuer à préserver leur santé et leur bien-être, à améliorer les soins offerts, à retarder le placement en établissement et à réduire les cas de mauvais traitements.

38- Améliorer la formation de l'ensemble des travailleurs de la santé concernant les besoins des aînés

Une meilleure compréhension des besoins des aînés peut aider les fournisseurs de soins à adapter les services et à répondre de façon plus efficace aux besoins particuliers des aînés.

39- Partager les pratiques exemplaires relatives à la prévention des mauvais traitements à l'égard des personnes âgées

Les provinces et territoires ont accompli beaucoup de progrès dans leurs efforts pour prévenir le mauvais traitement des personnes âgées. Des investissements dans le transfert des connaissances à cet égard pourraient aider d'autres régions à améliorer leurs stratégies de prévention des mauvais traitements infligés aux aînés.

40- Signer la Convention de la Haye sur la protection internationale des adultes

En tant que signataire de la Convention, le Canada aurait accès aux mécanismes de règlement des différends internationaux qui pourraient survenir dans les cas où la responsabilité de personnes âgées et les soins qui leur sont dispensés débordent les frontières nationales.

4.2 Soins sociaux

Le vieillissement en santé ne résulte pas simplement de l'absence de maladies; il est fortement lié à la solidité des réseaux sociaux qui appuient les aînés du Canada. Toutefois, le modèle médical est toujours prédominant quand il s'agit de la santé des aînés. Des témoins ont fait une distinction entre le fait de traiter, qui se rattache à la médecine, et celui de dispenser des soins aux personnes qui en ont besoin dans la collectivité et à domicile. Le niveau de soins sociaux offerts par la collectivité et la famille est important pour l'état de santé.

Les Canadiens âgés sont placés devant un réseau complexe de services sociaux et de santé qui sont offerts par plusieurs ordres de gouvernement et dont les mandats chevauchent ceux des organisations de proximité et du secteur privé. Il a été démontré qu'une approche globale intégrant les services de santé et les services sociaux destinés aux aînés est rentable et permet de réduire le nombre de placements en établissement. Des options visant une plus grande intégration du système de soins sont présentées au chapitre 5.

4.3 Spécialisation gérontologique et gériatrique

Il y a partout au Canada une pénurie de personnes ayant une formation en gérontologie et en gériatrie. Le problème est exacerbé par le faible nombre d'étudiants en médecine qui se spécialisent dans le domaine, de même que par le vieillissement du personnel des soins de santé.

L'intégration d'enseignements interdisciplinaires sur le vieillissement aux programmes d'études de base de tous les professionnels de la santé permettrait d'améliorer la prestation de services adaptés à l'âge. Une formation professionnelle élargie en médecine gériatrique, en travail social gérontologique et en soins infirmiers gérontologiques contribuerait à répondre aux besoins des aînés en matière de ressources humaines en santé. Des témoins ont également mentionné que la reconnaissance des titres de compétences des immigrants ayant reçu une formation en soins de santé et le relèvement en temps opportun des titres de compétences nécessaires permettraient de remédier à la pénurie de professionnels de la santé.

L'option suivante permettrait de faire en sorte qu'un plus grand nombre de personnes suivent une formation en gériatrie et en gérontologie :

41- Appuyer des projets de renforcement des capacités visant la formation en gériatrie et en gérontologie

L'augmentation du nombre de programmes de formation en gériatrie et en gérontologie ou du nombre d'étudiants que peuvent atteindre les programmes existants permettrait de renforcer l'éducation gériatrique et gérontologique au Canada.

4.4 Maladies chroniques

Les maladies chroniques sont une préoccupation importante pour les personnes âgées. Le Comité a appris que les maladies chroniques les plus fréquentes chez les aînés sont la cardiopathie, l'arthrite, le diabète et la démence. Bien que 70 % des aînés ayant une affection chronique souffrent aussi d'autres maladies chroniques, la gestion de la comorbidité n'a pas été étudiée de façon approfondie. Les maladies chroniques ont une incidence sur le bien-être physique, émotif et mental des personnes atteintes, et il est souvent difficile pour celles-ci d'exécuter leurs tâches quotidiennes.

Le cadre de vieillissement en santé et l'attention portée aux déterminants sociaux de la santé peuvent fournir des moyens de prévenir l'apparition de maladies chroniques, surtout en ce qui concerne les Autochtones, qui sont particulièrement touchés à cet égard. Les aînés des Premières nations disent souffrir de maladies chroniques concomitantes telles que l'arthrite, les rhumatismes, l'hypertension artérielle, l'asthme, la cardiopathie et le diabète de type 2.

4.5 Soins palliatifs et de fin de vie

On dit souvent que les soins palliatifs et de fin de vie n'ont rien à voir avec la mort; ils permettent de vivre bien jusqu'à la toute fin. Grâce à la gestion de la douleur et des symptômes ainsi qu'aux soins physiques, psychologiques, psychosociaux et spirituels, les personnes qui sont à la fin de leur vie et leur famille reçoivent du soutien. Il s'agit là d'une question particulièrement importante pour les personnes âgées et leur famille. Plus de 259 000 Canadiens meurent chaque année, et environ 75 % d'entre eux sont des personnes de 65 ans et plus. Statistique Canada a prévu que le taux de mortalité au Canada passera à plus de 330 000 décès d'ici 2020, soit une augmentation de 33 % par rapport au taux de 2004. Des témoins ont estimé que

chaque décès a une incidence éventuelle sur la santé et le bien-être de cinq autres personnes.

Il existe de nombreuses disparités dans la prestation des soins palliatifs dans les différentes régions du Canada, et on estime que seulement 25 % des Canadiens qui ont besoin de soins palliatifs et de fin de vie y ont accès. De nombreux éléments de preuve indiquent que les personnes âgées souffrent inutilement parce que leurs problèmes de santé sont généralement sous-évalués et sous-traités et parce qu'elles n'ont pas accès aux soins palliatifs.

Les options suivantes permettraient d'accroître l'offre de soins palliatifs et de fin de vie de qualité et l'accès à ceux-ci :

42- Établir un partenariat national sur les soins palliatifs et veiller à son financement

Un tel partenariat permettrait d'avoir un leadership et une vision et de promouvoir les normes et les pratiques exemplaires nécessaires pour assurer la prestation de soins palliatifs et de fin de vie de qualité à tous les Canadiens.

43- Mettre en œuvre un programme de sensibilisation visant à renseigner les Canadiens au sujet des services de fin de vie et de la nécessité de la planification préalable des soins

44- Offrir aux bénévoles et aux professionnels de la santé plus de possibilités de formation et d'éducation relatives aux soins palliatifs et de fin de vie

45- Appliquer des normes de référence en matière de soins palliatifs à domicile pour les anciens combattants, les Premières nations et les Inuits ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux

L'Association canadienne de soins palliatifs et l'Association canadienne de soins et services à domicile ont publié des normes de référence en matière de soins palliatifs à domicile. Le gouvernement fédéral pourrait déterminer si elles répondent aux normes pour les anciens combattants, les Premières nations et les Inuits ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux. Il pourrait ensuite élaborer un plan de mise en œuvre afin de corriger les lacunes.

4.6 Santé mentale, maladie mentale et démence

En plus d'avoir des maladies physiques, les aînés peuvent souffrir de maladie mentale, notamment de troubles de l'humeur, d'anxiété, de psychoses, en plus de complications sur les plans émotionnel, comportemental et cognitif, et de différentes maladies du cerveau, comme la maladie d'Alzheimer, l'AVC et la maladie de Parkinson. Des témoins ont rappelé au Comité que, si certaines personnes sont frappées par des problèmes de santé mentale lorsqu'elles avancent en âge, d'autres en ont souffert toute leur vie. Il n'en reste pas moins que les problèmes de santé mentale au cours de la vieillesse sont importants et souvent compliqués par un handicap et l'absence de soutien social. Des études révèlent qu'entre 15 et 25 % des résidents des centres d'hébergement manifestent des symptômes de dépression majeure, et qu'un autre 25 % de ces pensionnaires ont des symptômes de dépression de moindre gravité. Le Comité a appris que des problèmes comme la dépression sont trop souvent perçus comme un élément inévitable du vieillissement.

Des témoins ont demandé des interventions précises pour retarder l'apparition de la maladie mentale ou de la démence, des mesures de soutien visant à atténuer les répercussions de la maladie sur les patients et leur famille, et un diagnostic précoce. Des options relatives aux mesures de soutien pour les patients et leur famille sont traitées au chapitre 5.

L'option suivante a été proposée :

46- Élaborer des outils pour faciliter le diagnostic précoce de troubles mentaux

Le diagnostic précoce peut favoriser le recours à des thérapies efficaces pour ralentir la progression de la maladie d'Alzheimer, réduire l'incapacité excessive causée par la dépression et l'anxiété, permettre aux patients dont l'état peut être traité de retrouver leur qualité de vie, et prévenir ou retarder le placement dans un établissement de soins de longue durée.

4.7 Groupes relevant de la compétence fédérale

Bien que toute approche axée sur le vieillissement en santé relève d'un ensemble de compétences, le gouvernement fédéral dispose d'une plus grande marge de manœuvre pour s'acquitter de sa responsabilité d'offrir des services de santé directement ou

indirectement à certains groupes, à savoir les anciens combattants, les Inuits et les membres des Premières nations vivant dans une réserve, et les détenus des pénitenciers fédéraux.

Anciens combattants

Anciens Combattants Canada offre actuellement aux anciens combattants qui satisfont à certains critères des soins médicaux, chirurgicaux, dentaires, psychogériatriques, palliatifs et de relève, de même que d'autres avantages et services de santé communautaires au besoin. Son Conseil consultatif de gérontologie a récemment favorisé une approche intégrée globale qui permettrait d'améliorer la santé, la qualité de vie et le niveau de satisfaction des personnes âgées, tout en allégeant le fardeau pour les aidants membres de la famille et en réduisant les coûts des soins de santé. Le chapitre 5 traite des soins sociaux faisant partie des services offerts aux anciens combattants.

Premières nations et Inuits

Santé Canada offre actuellement des services de santé considérés comme médicalement nécessaires, mais non assurés par les régimes de santé privés ou provinciaux/territoriaux, dans le cadre du Programme des services de santé non assurés (SSNA). Santé Canada exécute en outre un ensemble de programmes locaux destinés aux aînés, tandis que le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien appuie les programmes sociaux.

Des témoins ont déclaré au Comité que les coûts des services de santé non assurés ont augmenté d'environ 14 % par année mais qu'en raison de la limitation des coûts, ceux du Programme sont plafonnés à 3 %. La limitation des coûts est considérée comme nuisant à l'élaboration de mesures de soins à long terme et elle a donné lieu à la suppression des services de soins des pieds et d'autres services de soutien touchant directement les aînés et pourrait entraîner des niveaux accrus d'invalidité. De plus, certains fournisseurs de services de santé et de services sociaux demandent à être payés comptant avant de fournir leurs services, ce qui crée un obstacle important pour les personnes à faible revenu.

Les options suivantes ont été présentées :

47- Supprimer le plafond de 3 % imposé aux services de santé non assurés

Il faut trouver d'autres mécanismes de limitation des coûts qui imposent une évaluation moins arbitraire des besoins en matière de soins de santé.

48- Élargir la catégorie des dépenses admissibles au titre du Programme des services de santé non assurés de manière à inclure les coûts liés aux soins des pieds

Le nombre de diabétiques est en augmentation et le fait de ne pas fournir de soins des pieds ne fera qu'entraîner des complications plus importantes, et coûteuses, pour les aînés des Premières nations.

Détenus sous responsabilité fédérale

Service correctionnel du Canada (SCC) est responsable de la prise en charge et de la garde des délinquants purgeant une peine de deux ans ou plus de détention. Les détenus âgés forment une proportion faible mais croissante de la population carcérale. SCC entend par « détenus âgés » ceux qui ont 50 ans et plus, parce que les recherches démontrent que le processus de vieillissement des délinquants est accéléré de 10 à 11,5 ans en raison des effets cumulatifs de facteurs comme la situation socioéconomique, les habitudes de vie et l'accès aux soins de santé.

SCC a l'obligation juridique de fournir aux détenus les soins de santé essentiels. Le Comité a toutefois appris que certains délinquants manquent des rendez-vous chez le médecin parce qu'il n'y a personne pour les y accompagner. Il a également appris que l'accès aux soins palliatifs et à long terme axés sur les patients dans les pénitenciers fédéraux est très restreint, et que des ressources supplémentaires sont nécessaires. Le chapitre 5 contient d'autres options relatives à la santé des détenus dans les pénitenciers fédéraux.

L'option suivante contribuerait à corriger ces problèmes :

49- Veiller à ce que les détenus âgés dans les pénitenciers reçoivent l'aide nécessaire en temps opportun

Le Bureau de l'Enquêteur correctionnel a mené des enquêtes sur des cas où il y a eu d'importants retards dans la fourniture d'articles essentiels au bien-être et à la dignité de détenus,

notamment des appareils auditifs, des prothèses dentaires et des produits pour incontinents.

Chapitre 5 : Vieillir à l'endroit de son choix

Les Canadiens devraient pouvoir vieillir là où ils le veulent. La plupart des personnes âgées souhaitent, et de loin, vieillir chez elles. À l'heure actuelle, le marché du travail est structuré de telle façon que les membres de la famille et les amis ont souvent beaucoup de difficulté à concilier le travail et les soins aux aînés en perte d'autonomie. Il existe des formes officielles de soutien qui peuvent aider les familles, mais elles présentent de grandes différences d'un bout à l'autre du pays quand il s'agit de l'aide aux aînés.

Le présent chapitre porte sur les enjeux soulignés et les options proposées par les témoins qui ont comparu devant le Comité sur le choix de l'endroit où vieillir. Il présente des solutions possibles pour le logement, le soutien et les soins à domicile, la transition vers les services de soins intégrés et les besoins des groupes relevant du gouvernement fédéral.

Le Comité reconnaît qu'il existe peut-être d'autres possibilités pour aider les aînés à vivre où ils le veulent, et est prêt à en discuter, ainsi qu'à aborder les propositions contenues dans le présent rapport.

5.1 Logement

La plupart des aînés (93 %) habitent dans des résidences privées et souhaitent vivement rester chez eux. Mais plusieurs éléments peuvent les obliger à quitter la maison : une demeure dont l'aménagement ou la taille ne convient plus, la perte du conjoint ou la détérioration de l'état de santé. Certains n'ont plus les moyens de garder la maison ou d'en assurer l'entretien.

On a fait valoir au Comité qu'il est plus efficace de planifier et de construire des habitations et des quartiers qui continueront de répondre aux besoins des personnes qui y habitent à mesure que leur état de santé change. Il est vrai que la réglementation du bâtiment relève des gouvernements provinciaux et territoriaux, mais la plupart d'entre eux adoptent ou adaptent le modèle du *Code national du bâtiment* et appliquent ses exigences.

La Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) réalise deux programmes, soit le Programme d'aide à la remise en état des logements et le programme Logements adaptés : Aînés

autonomes (LAAA), pour aider à adapter les résidences aux besoins des personnes âgées à faible revenu, afin qu'elles puissent vivre de façon indépendante dans des logements qui répondent aux normes de base en matière de santé et de sécurité.

De plus, on a indiqué au Comité que le manque de logements abordables constitue un problème particulier pour les personnes âgées qui vivent seules ou en milieu urbain, ainsi que pour les aînés inuits. Les organismes autochtones ont souligné que le manque de logements abordables et convenables constitue l'une des plus grandes difficultés pour les personnes âgées inuites, métisses et des Premières nations.

Plusieurs options sont possibles pour aider à offrir des résidences abordables et adaptées :

50- Augmenter la publicité au sujet des programmes d'adaptation des logements de la SCHL

On a fait valoir au Comité que certaines personnes qui ont besoin de fonds pour effectuer des travaux de rénovation ne sont peut-être pas au courant de l'existence de ces programmes.

51- Accroître le parc de logements abordables d'un bout à l'autre du pays

52- Accroître la disponibilité des bons de logement subventionné afin que les personnes âgées à faible revenu aient les moyens de se loger convenablement

53- Veiller à ce que les constructeurs et les inspecteurs respectent et appliquent systématiquement les normes d'aménagement sans obstacle, déjà contenues dans le *Code du bâtiment*

Options visant l'aide à la vie autonome et le logement supervisé

Pour ce qui est des aînés qui ont besoin d'une aide accrue, le logement supervisé peut offrir des services de soutien, par exemple pour la préparation des repas, le ménage et les activités sociales et récréatives. On a toutefois indiqué au Comité que le coût du logement supervisé, la difficulté d'obtenir des renseignements sur les diverses possibilités et l'absence de réglementation sont autant de questions qu'il faut régler.

Le coût du logement supervisé est un obstacle pour certains aînés. Ceux qui sont propriétaires de leur maison peuvent avoir l'impression de mieux maîtriser leurs coûts que s'ils se trouvaient en logement supervisé. On a fait valoir au Comité qu'il est très difficile d'obtenir des renseignements sur les possibilités de logement supervisé dans d'autres compétences, ce qui constitue une difficulté pour les aînés qui souhaitent déménager.

Le logement supervisé et l'aide à la vie autonomie ne sont pas très réglementés au Canada. Des témoins ont souligné que certaines résidences-services offrent des niveaux de soins qui dépassent les services de base et préviennent qu'il faut éviter que ce genre de résidences ne s'incruste sous forme d'établissements de soins de longue durée non réglementés. On a tendance à penser que le logement supervisé n'a pas besoin d'être très réglementé puisque les consommateurs peuvent faire des choix, situation qui exerce une pression à la hausse sur les normes de service. Il faudrait donc que le consommateur ait des choix, ce qui est loin d'être toujours le cas au pays.

Les options suivantes ont été présentées concernant le logement supervisé :

54- Accroître le parc de logements supervisés abordables

Est-ce que l'accroissement du parc de logements supervisés abordables pousserait les fournisseurs de tels logements à respecter des normes minimales? Est-ce que la Société canadienne d'hypothèques et de logement devrait contribuer davantage à stimuler la création de logements supervisés au Canada?

55- Accroître le parc de logements supervisés abordables à l'intention des aînés inuits et des Premières nations

56- Améliorer la réglementation du logement supervisé d'un bout à l'autre du pays

Est-ce que le gouvernement fédéral devrait jouer un rôle dans la communication des meilleures pratiques en matière de réglementation? Est-ce que les différentes compétences travaillent en collaboration afin d'éviter que chacune « réinvente la roue » lorsqu'elle élabore un cadre de réglementation du logement supervisé?

57- Faciliter l'accès aux renseignements au sujet des possibilités de logement au Canada

Faudrait-il élaborer une base de données centrale afin de mettre en commun les renseignements sur les possibilités de logement supervisé qui existent au Canada? Dans l'affirmative, quelle serait la meilleure façon de transmettre ces renseignements aux aînés?

Options pour les soins de longue durée

Même si la plupart des aînés n'habiteront pas un établissement de soins de longue durée, ce type d'établissement s'avère nécessaire dans certains cas. Au pays, les compétences fournissent un éventail varié de niveaux et de types de services et prévoient diverses ententes pour le partage des frais et la gestion des installations. La majorité de ces établissements (sauf au Québec) sont privés, et ceux qui restent sont répartis également entre organismes sans but lucratif et organismes gouvernementaux. Le rôle direct que joue le gouvernement fédéral dans le contexte des soins de longue durée est décrit à la section 5.4.

La transférabilité entre compétences ne s'applique pas aux services de soins de longue durée. Des témoins ont signalé que le public ne sait peut-être pas que ces services ne sont pas assurés par l'État.

Le critère de la transférabilité que prévoit la *Loi canadienne sur la santé* fait en sorte que les personnes qui déménagent d'une province ou d'un territoire à un autre continuent d'être assurées par la compétence d'origine pendant toute période d'attente imposée par la nouvelle province ou le nouveau territoire de résidence. La transférabilité ne s'applique pas toutefois aux services complémentaires de santé prévus par la *Loi*, dont les soins de longue durée.

Les options suivantes ont été cernées :

58- Encourager les provinces et les territoires à conclure des ententes de réciprocité afin d'éliminer les périodes d'attente pour les habitants venant d'une autre province

Les aînés qui déménagent peuvent se trouver obligés de payer la totalité des frais exigés par un établissement de soins de longue durée pendant la période d'attente avant d'être admissibles au partage des coûts dans la nouvelle province ou le nouveau

territoire de résidence. Il s'agit d'un obstacle insurmontable pour certains aînés et leur famille.

59- Faire part des renseignements et des meilleures pratiques sur l'adaptation des établissements de soins de longue durée afin de répondre aux besoins d'une société multiculturelle

Il deviendra de plus en plus important de fournir des services adaptés sur le plan culturel aux immigrants âgés afin de leur permettre de trouver des établissements qui répondent à leurs besoins.

5.2 Soutien à domicile et soins à domicile

Les programmes de soins à domicile comprennent des services professionnels comme les soins infirmiers, l'ergothérapie et les services sociaux; des services de soins personnels pour aider à accomplir les activités de la vie quotidienne, comme le bain, l'hygiène corporelle et les déplacements; et des services de soutien à domicile et d'aide ménagère comme le ménage, la lessive et la préparation des repas. Une bonne partie des soins et du soutien à domicile dont ont besoin les aînés est fournie de façon informelle par les membres de la famille. Il faut donc se demander comment soutenir les aidants naturels.

Les analyses coût-efficacité des soins à domicile montrent qu'ils coûtent généralement moins cher au gouvernement que les soins en établissement, pour le même niveau de service. Elles montrent aussi que la majorité des services de soins à domicile nécessaires sont de nature non professionnelle. À l'heure actuelle, quelque 32 000 personnes fournissent un soutien à domicile au Canada, et ce nombre est susceptible de doubler au cours des dix prochaines années. Bien que ces travailleurs fassent partie du continuum de la main-d'œuvre au service des aînés, les exigences sur le plan des compétences et de la formation varient énormément d'un bout à l'autre du pays.

Il est question des soins à domicile dans la définition que donne la *Loi canadienne sur la santé* des services complémentaires de santé. Cependant, depuis l'Accord de 2004 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, les soins à domicile de courte durée sont reconnus comme faisant partie du système des soins de courte durée. Toutefois, selon certains, l'accent mis sur les soins à

domicile de courte durée a malheureusement eu pour effet involontaire de réduire la disponibilité des soins de plus longue durée.

Les options suivantes pourraient améliorer l'accès aux soins à domicile :

60- Adopter un programme national de soins à domicile

Face au méli-mélo des services de soins à domicile, on réclame un programme national de soins à domicile dont les normes et la prestation des services essentiels seraient comparables d'une province à l'autre. Est-ce que l'adoption d'un programme national de soins à domicile risque d'entraîner la réduction des services dans les compétences qui offrent déjà des services plus élaborés que ce que propose un programme normalisé? Étant donné que les compétences n'ont pas toutes les mêmes ressources, est-ce qu'un programme normalisé risque d'exercer des pressions excessives sur les compétences moins nanties?

61- Régler les écarts dans les compétences et les conditions de travail du personnel de services à domicile

On a indiqué au Comité que la plupart des services rémunérés de soins à domicile au pays sont assurés par des travailleurs non professionnels ou paraprofessionnels. L'absence d'une stratégie nationale touchant les ressources humaines et les normes nationales pour ce secteur aurait une profonde incidence sur la qualité des soins d'une région à l'autre. Le gouvernement fédéral a-t-il un rôle à jouer dans la planification d'une stratégie en ressources humaines visant les travailleurs offrant les soins à domicile? Le gouvernement fédéral peut-il financer la création d'un programme de formation nationale à l'intention de ces travailleurs?

62- Créer un régime enregistré d'épargne pour soins chroniques

Comme les soins à domicile ne sont pas entièrement financés par l'État, certains témoins ont suggéré d'encourager les Canadiens à épargner afin qu'ils soient en mesure de payer les services dont ils pourraient avoir besoin. Il serait possible de créer à cet égard un régime enregistré d'épargne pour soins chroniques, sur le modèle des REER.

Options pour soutenir les aidants naturels

Le vieillissement de la population fait que les Canadiens sont de plus en plus appelés à s'occuper de membres de la famille ou d'amis. Les aidants naturels fournissent 80 % de tous les soins à domicile aux aînés vivant dans la collectivité. La majorité d'entre eux fournissent des soins parce qu'ils considèrent qu'il s'agit d'une responsabilité familiale ou simplement par choix. Beaucoup disent avoir choisi de remplir ce rôle parce que personne d'autre ne peut le faire ou parce qu'il n'existe pas de services de soins à domicile.

Le rôle d'aidant naturel présente des défis sur le plan physique, mental, émotif et financier, particulièrement pour ceux qui occupent en même temps un emploi rémunéré.

Les options suivantes ont été proposées au Comité afin d'offrir un soutien aux aidants naturels :

63- Fournir des renseignements aux aidants naturels

Les aidants naturels ont besoin de renseignements et de formation pour apprendre à s'occuper d'eux-mêmes en plus de leurs proches. Au Canada, il n'existe pas de guichet unique pour les aidants naturels.

64- Créer un programme national de relève

À l'heure actuelle, le soutien offert aux aidants naturels varie selon l'endroit où ils vivent, l'argent dont ils disposent et la personne à laquelle ils prodiguent des soins. La création d'un programme national de relève permettrait aux aidants naturels d'obtenir le repos physique et émotif dont ils ont besoin.

65- Modifier la prestation de compassion

Des prestations de compassion sont versées dans le cadre du programme d'assurance-emploi aux personnes qui doivent s'absenter temporairement du travail pour fournir des soins ou un soutien à un membre de la famille qui est gravement malade. Or, certains Canadiens admissibles ne sont pas au courant de l'existence du programme. Nombre d'améliorations ont été proposées afin d'accroître la souplesse, l'accessibilité et la durée de la prestation. Ainsi, la prestation pourrait être versée à l'extérieur du cadre du programme de l'assurance-emploi de manière à être offerte aux personnes qui n'ont pas droit à l'assurance-emploi. Il serait possible d'apporter les changements

suivants : mener une vaste campagne d'information du public au sujet de l'existence de la prestation; accroître la durée de la prestation; élargir les définitions d'admissibilité en vertu du programme.

66- Fournir un soutien financier aux aidants naturels

De nombreuses propositions ont été formulées afin de rembourser les dépenses des aidants naturels ou d'offrir une reconnaissance financière de leur travail. Le gouvernement fédéral pourrait offrir une aide financière accrue aux consommateurs de services de soins à domicile par le biais d'indemnités, de déductions fiscales et de crédits d'impôt remboursables afin de compenser le coût des soins à domicile. Il a aussi été suggéré que le gouvernement fédéral convoque un groupe de spécialistes sur la sécurité financière des aidants naturels.

67- Offrir aux aidants naturels une clause d'exclusion du Régime de pensions du Canada (RPC)

Les personnes qui prennent congé pour s'occuper de membres de la famille malades risquent parfois de subir une baisse des prestations du RPC. À l'heure actuelle, le RPC permet aux personnes qui quittent temporairement le travail pour s'occuper de leurs enfants d'exclure ces périodes à revenu faible ou nul du calcul des prestations du RPC. Cette clause d'exclusion de la RPC pourrait être élargie afin de soutenir les aidants naturels qui cessent de travailler pour s'occuper de proches malades.

5.3 Soutenir la transition vers un système de soins intégré

Pour que les personnes âgées puissent vieillir à l'endroit de leur choix, elles doivent avoir accès à tout un éventail de services, notamment des possibilités de logement convenable et abordable, des soins de longue durée, des services de soutien communautaires et des soins à domicile. Or, les services doivent être extrêmement bien intégrés et coordonnés pour qu'il soit possible d'offrir les soins voulus, au bon moment et à l'endroit choisi. Le Comité a entendu des témoignages convaincants voulant que ce qui presse le plus est d'intégrer les diverses options de soutien dont disposent les aînés.

En effet, l'intégration des divers services pourrait alléger les pressions que vivent les personnes âgées et leurs familles à l'heure actuelle lorsqu'elles cherchent à s'y retrouver dans la multitude de

services destinés à répondre à des besoins qui évoluent sans cesse. L'intégration et la coordination aideront à réaliser plus d'économies et assureront une plus grande rentabilité aux gouvernements. L'intégration des soins avance dans certaines compétences, mais il manque de leadership national dans ce domaine.

Les options suivantes pourraient aider à répondre aux besoins en soins intégrés :

68- Adopter une politique nationale sur les services de soins intégrés

Le gouvernement fédéral pourrait aider les gouvernements provinciaux aux prises avec les coûts d'une population vieillissante à adopter graduellement des modèles de services de soins intégrés. Des témoins ont suggéré que le gouvernement fédéral travaille en collaboration avec les provinces, en vertu de l'Entente-cadre sur l'union sociale, afin d'élaborer une initiative fédérale de financement pour aider les provinces à adopter un modèle de soins intégré à l'intention des personnes âgées. Le programme pourrait être conçu pour atteindre les objectifs suivants :

- offrir un guichet unique aux personnes âgées et à leurs familles;
- améliorer la transférabilité des services entre provinces;
- favoriser davantage la vie autonome.

69- Mettre en commun les meilleures pratiques relativement aux services de soins intégrés

L'intégration des services est à la hausse partout au pays, mais les compétences ont rarement l'occasion de mettre en commun leurs expériences. C'est tout aussi vrai pour les ministères : ainsi, le ministère des Anciens Combattants offre l'un des meilleurs modèles de soins intégrés au pays, comparativement aux soins que dispense le gouvernement du Canada aux membres des Premières nations. Comment le gouvernement fédéral peut-il faciliter l'échange de renseignements dans ce domaine?

5.4 Groupes relevant du gouvernement fédéral

Le gouvernement fédéral fournit des services directement aux anciens combattants admissibles, aux membres des Premières nations

dans les réserves, aux Inuits dans les collectivités désignées et aux détenus sous responsabilité fédérale.

Anciens combattants

Le Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC) est un programme national de soins à domicile qu'Anciens Combattants Canada a mis sur pied afin d'aider ses clients admissibles à demeurer dans le confort de leur foyer ou au sein de leur collectivité. Grâce à ce programme, les anciens combattants qui ont servi pendant la Première ou la Seconde Guerre mondiale ou la guerre de Corée peuvent être admissibles à tout un éventail de services, dont l'entretien de terrain, l'entretien ménager, les soins personnels, l'accès à des services de nutrition et des services de santé et de soutien.

Des organismes d'anciens combattants ont proposé les options suivantes :

70- Créer, à l'intention de tous les aînés du Canada, un programme pour l'autonomie axé sur les besoins, en s'inspirant du Programme pour l'autonomie des anciens combattants

71- Élargir le Programme pour l'autonomie des anciens combattants afin de l'offrir à tous les anciens membres des Forces canadiennes

Bon nombre de vétérans des Forces canadiennes, dont des casques bleus, ne sont pas admissibles au Programme pour l'autonomie des anciens combattants.

Premières nations et Inuits

Si les services offerts aux anciens combattants constituent un modèle de soutien offert aux personnes âgées, on ne peut pas en dire autant des services offerts aux aînés inuits et des Premières nations. Les besoins en logement de ces groupes sont immenses. Les représentants des Premières nations, des Inuits et des Métis ont clairement fait savoir que le principal besoin de leurs aînés est d'avoir accès à un logement convenable et abordable.

Bien que Santé Canada réalise le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits à l'intention des personnes âgées, des personnes handicapées et des personnes atteintes de maladie chronique, et que le ministère des

Affaires indiennes et du Nord canadien réalise le Programme d'aide à la vie autonome qui offre des services de soutien social non médicaux aux membres des Premières nations, les membres des Premières nations et les Inuits présentent d'importants besoins de soutien. Un témoin a indiqué au Comité qu'un moratoire de 20 ans a été appliqué à la construction et au fonctionnement des foyers de soins personnels. On a aussi indiqué au Comité que des services médicaux et de soutien insuffisants dans les réserves obligent parfois les aînés autochtones à déménager, les privant des bienfaits de vivre ou de mourir à la maison, entourés de leurs proches.

Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien et Santé Canada cofinancent une initiative menée par plusieurs intervenants pour élaborer un programme national de politiques et un cadre pour les soins continus dont l'aide à la vie autonomie fait partie intégrante.

Les options suivantes ont été proposées au Comité :

- 72- Accroître le parc de logements convenables et abordables à l'intention des Premières nations et des Inuits**
- 73- Fournir aux Premières nations et aux Inuits les mêmes services que ceux offerts aux anciens combattants dans le cadre du Programme pour l'autonomie des anciens combattants**

Détenus sous responsabilité fédérale

Le Service correctionnel du Canada (SCC) a la garde des détenus purgeant des peines de deux ans ou plus. Or, les détenus plus âgés n'ont pas les mêmes besoins que les plus jeunes. Bien que les études montrent que les programmes conçus expressément pour les délinquants âgés donnent de bons résultats, un tel soutien n'est peut-être pas offert à l'heure actuelle dans tous les établissements fédéraux.

Les options suivantes ont été proposées au Comité :

- 74- Mettre en œuvre les recommandations contenues dans le rapport du Service correctionnel du Canada sur les délinquants âgés**

En 2000, le SCC a élaboré une stratégie pour lui permettre de mieux répondre aux besoins particuliers des délinquants âgés.

Or, on a indiqué au Comité que la mise en œuvre de la stratégie n'avance pas.

75- Modifier la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* en ajoutant les délinquants âgés et ceux qui présentent de graves problèmes de santé à la liste des groupes de délinquants ayant des besoins spéciaux

Selon la Société Elizabeth Fry, des ententes de mise en liberté sous condition pourraient fournir l'occasion de placer des personnes dans des foyers de personnes âgées, dans d'autres résidences adaptées en fonction de l'âge ou dans des établissements de soins palliatifs, au lieu d'essayer d'aménager de tels services dans les prisons elles-mêmes.

76- Modifier la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* afin que les détenus en phase terminale qui purgent une peine d'emprisonnement à perpétuité ou d'une durée indéterminée soient admissibles à la mise en liberté sous condition pour raison humanitaire

On a fait valoir au Comité que l'article 121 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* autorise que la libération conditionnelle soit accordée par dérogation à un délinquant qui est malade en phase terminale, dont la santé physique ou mentale risque d'être gravement compromise si la détention se poursuit ou si l'incarcération constitue pour lui une contrainte excessive difficilement prévisible au moment de la condamnation. Ces exceptions ne s'appliquent pas à un délinquant qui purge une peine d'emprisonnement à perpétuité infligée comme peine minimale, une peine de mort commuée en emprisonnement à perpétuité ou une peine de détention dans un pénitencier pour une période indéterminée.

Chapitre 6 : Répartition régionale des coûts en soins de santé aux aînés

Apparemment, la mobilité des travailleurs aurait exacerbé le vieillissement de la population dans certaines régions, notamment dans les provinces de l'Atlantique. Or, comme les personnes âgées coûtent plus cher en soins de santé que les autres groupes d'âge, le financement de la santé par un montant forfaitaire par habitant, le Transfert canadien en matière de santé, pourrait entraîner le creusement des écarts entre les paniers de services que les gouvernements des provinces et territoires seront en mesure d'offrir aux personnes âgées à mesure que la population vieillit. Le présent chapitre porte sur les solutions possibles à ce problème.

Le Comité admet qu'il peut exister d'autres solutions encore inédites au problème de la distribution régionale des coûts de santé associés aux personnes âgées et il sera heureux d'en discuter le moment venu, en plus de celles qu'il propose ici.

6.1 Les aînés et le coût des soins de santé

Plus les gens vieillissent, plus ils utilisent le système de soins de santé; voilà un sujet bien documenté. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) mentionne dans un rapport que, de nos jours, les personnes âgées sont souvent en meilleure santé que ne l'étaient celles des générations précédentes, mais qu'elles demeurent néanmoins plus susceptibles que les jeunes de souffrir de problèmes de santé chroniques et d'être en mauvaise santé et qu'elles consomment donc plus de services de santé.

Ce fait entraîne des implications majeures dans les soins de santé publique canadiens. Par habitant, les dépenses en soins de santé, qui relèvent pour la plupart des compétences provinciales et territoriales, sont beaucoup plus élevées pour les aînés que pour l'ensemble de la population.

En fait, au cours d'une vie, les coûts en soins de santé restent relativement les mêmes. À l'exception de la première année de la vie d'un enfant, le coût moyen par habitant en services de santé publique assumés par les provinces et les territoires varie très peu de l'enfance

jusqu'à environ 50 ans. Par contre, à partir de cet âge, les données de l'ICIS démontrent que les coûts commencent à augmenter de façon exponentielle. Les dépenses provinciales et territoriales en services de santé passent de 1 898 \$ pour les Canadiens de 45 à 49 ans à 5 412 \$ pour ceux qui ont 20 ans de plus. Pour les Canadiens de 85 ans et plus, le coût moyen des services de soins de santé assumés par les gouvernements provinciaux et territoriaux dépasse 20 000 \$.

Pour beaucoup de personnes, le vieillissement de la population et l'augmentation des coûts relatifs aux soins de santé destinés aux aînés sont deux facteurs qui, conjointement, indiquent l'imminence d'une crise dans le système de soins de santé publique. On dit souvent que l'augmentation de la moyenne d'âge canadienne engendrera une hausse spectaculaire du fardeau des dépenses en soins de santé publique. En effet, les dépenses en soins de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux augmentent déjà rapidement, soit à un taux moyen de 6 % par habitant depuis 1999. Cette croissance des coûts est perçue par certains comme un premier avertissement qui permet d'affirmer que le système de soins de santé tel qu'il est actuellement sera, dans un avenir plus ou moins rapproché, incapable de supporter la pression exercée par le vieillissement de la population.

Ce point de vue persiste malgré un grand nombre de faits qui prouvent le contraire. Plusieurs études démontrent que les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses en soins de santé publique sont, en fait, minimales : bien qu'une population vieillissante contribue effectivement à la hausse des coûts en soins de santé, les conséquences d'une telle augmentation sont limitées.

Si les tendances démographiques ne sont pas les principaux facteurs qui ont fait croître les coûts des soins de santé au Canada, alors comment expliquer la hausse des dépenses? Les deux principaux facteurs responsables de cette augmentation sont l'inflation et le développement des services de soins de santé. Ce développement comprend des innovations et des nouveaux projets telles la facilité d'accès aux médicaments, les avancées technologiques, les techniques chirurgicales améliorées et l'amélioration des capacités et de l'utilisation des équipements de visualisation diagnostique.

De plus, bien que les innovations médicales puissent améliorer l'efficacité des traitements, celles-ci engendrent dans bien des cas une augmentation de l'utilisation du système de soins de santé. Les techniques moins agressives, les médicaments améliorés, la capacité d'effectuer des diagnostics optimaux et la brièveté des périodes de

guérison sont des facteurs qui augmentent la demande en traitement médical. Pendant ce temps, et puisque les Canadiens vivent plus longtemps et en meilleure santé qu'auparavant, beaucoup d'entre eux peuvent profiter de certains types de traitements médicaux, particulièrement les aînés.

Les taux de fréquentation des hôpitaux et d'utilisation des autres types de services de soins de santé par les aînés ont augmenté énormément ces dernières années. Par exemple, sur une période de cinq ans, de 2000-2001 à 2005-2006, le nombre total d'angioplasties effectuées au Canada a augmenté de 62 %, les remplacements de genoux de 84 %, les remplacements de hanches de 47 % et les chirurgies cardiaques de 33 %⁵.

Il est donc très important de distinguer les effets du vieillissement de la population de l'augmentation de la consommation en services de soins de santé. Bien que, d'une part, les changements démographiques ne seraient peut-être pas les principaux facteurs qui provoquent la hausse des dépenses en soins de santé, d'autre part, la quantité et le coût des services de santé demandés par les aînés augmentent considérablement.

En d'autres termes, la hausse des coûts liés aux soins de santé au Canada n'est pas causée par le vieillissement de la population, mais plutôt par une demande accrue en services de soins de santé chez les aînés. La hausse de consommation par habitant en services de soins de santé compte, chez les aînés, pour environ deux tiers des changements des dépenses nationales en soins de santé au cours des trente dernières années. D'ailleurs, à la fin des années 1990, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont évoqué la sollicitation accrue en services de santé chez les aînés pour justifier une demande de soutien financier supplémentaire au gouvernement fédéral relativement à l'Entente-cadre sur l'union sociale.

6.2 Projections démographiques pour les provinces et les territoires

La demande accrue en services de soins de santé publique par les aînés est, à cause des différences des structures par âge au sein

⁵ M. Lee, *How Sustainable is Medicare?: A Closer Look at Aging, Technology and Other Cost Drivers in Canada's Health Care System*, Centre canadien de politiques alternatives, Ottawa, septembre 2007.

des provinces et des territoires, une question compliquée. Un certain nombre de facteurs démographiques et socioéconomiques font en sorte que le pourcentage d'âînés dans la population est plus élevé dans certaines provinces que dans d'autres. De plus, les projections démographiques indiquent que la plupart de ces différences iront en s'accroissant.

Les différences dans la répartition et l'âge de la population entre les provinces

Le vieillissement de la population canadienne est un fait bien établi. De 1971 à 2006, l'âge médian, c'est-à-dire l'âge où une moitié de la population est plus jeune et l'autre plus vieille, est passé de 26,2 à 38,8 ans. En 1971, 7,9 % de la population canadienne avait plus de 65 ans, et en 2006, ce taux a atteint 13,1 %.

Toutefois, le taux de vieillissement de la population n'est pas le même partout au pays. Il existe un clivage grandissant entre l'Est et l'Ouest du Canada. Les populations des cinq provinces de l'Est sont, généralement, plus âgées et vieillissent plus rapidement que celles des cinq provinces de l'Ouest et des trois territoires.

Une tendance similaire est évidente si l'on considère le pourcentage d'âînés dans chaque province. L'Alberta est de loin la province la plus jeune, où le taux d'âînés est le plus faible de tout le Canada. Alors que les âînés constituent 13,1 % de la population totale du Canada, ils ne constituent que 10,4 % de la population albertaine⁶. L'Ontario est aussi une province où le pourcentage d'âînés est sous la moyenne nationale, avec un taux de 12,8 %.

À l'opposé, c'est en Saskatchewan que le pourcentage d'âînés est le plus élevé, avec 14,9 % de la population. Par contre, et contrairement aux autres provinces, ce taux n'est pas à la hausse et il est demeuré relativement constant depuis le milieu des années 1990. Mis à part la Saskatchewan, les populations des trois provinces Maritimes ont les pourcentages d'âînés les plus élevés au Canada.

Les différences d'âge des populations et des pourcentages d'âînés entre les provinces sont causées par une combinaison de

⁶ Il est cependant à noter que le pourcentage de la population âgée de plus de 65 ans est toujours beaucoup plus bas dans les trois territoires : 7,5 % au Yukon, 4,8 % dans les Territoires du Nord-Ouest et 2,9 % au Nunavut.

plusieurs facteurs. Les plus importants d'entre eux sont peut-être les taux de natalité et les tendances de migrations interprovinciales.

Des taux de natalité élevés engendrent une baisse de l'âge médian de la population et réduisent indirectement le pourcentage d'âînés dans la population. Au Canada, les taux de natalité les plus élevés sont ceux des trois provinces des Prairies, et les plus bas ceux de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick.

Les migrations interprovinciales ont des conséquences encore plus importantes. Chaque année, environ 1 % de la population canadienne déménage dans une autre province ou un autre territoire. En 2005-2006, par exemple, on estime que près de 333 000 Canadiens ont déménagé dans une autre province ou un autre territoire. Même si un taux de migration annuelle de 1 % peut sembler faible, il implique, sur des dizaines d'années, d'imposantes modifications démographiques dans le pays.

La tendance générale des migrations interprovinciales consiste en un déplacement des jeunes Canadiens provenant de provinces pauvres vers les provinces où les conditions économiques sont avantageuses. Depuis le début des années 1970, on assiste à un flux migratoire interprovincial considérable des habitants des provinces Maritimes (sauf l'Île-du-Prince-Édouard), du Québec, de la Saskatchewan et du Manitoba vers, principalement, l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique. Les étudiants, ainsi que les jeunes actifs de 20 à 39 ans, comptent pour la moitié de tous les migrants interprovinciaux des cinq dernières années. Un autre quart de ces migrants avaient moins de 20 ans.

Projections démographiques jusqu'en 2031

À cause des facteurs tels que la migration interprovinciale et les taux de natalité, on s'attend à ce que les différences relatives à la structure par âge entre les provinces et les territoires s'accroissent dans les prochaines années. Statistique Canada a publié des données de projections démographiques classées par âge pour les provinces et les territoires. Ces projections s'étendent jusqu'en 2031 et tiennent compte des différents scénarios de croissance et de migration. Selon les chiffres du scénario conservateur « croissance moyenne, migration moyenne », les âînés représenteront, dans toutes les provinces, une plus grande partie de la population en 2031 qu'en 2006. Toutefois, la

population d'âinés devrait augmenter plus rapidement dans les provinces où elle est déjà très élevée.

En 2006, au niveau national, les âinés formaient 13,1 % de la population. On croit que ce taux augmentera à 23,4 % en 2031. Toutefois, dans le Canada atlantique et au Québec, on pense que le pourcentage d'âinés en 2031 sera manifestement plus élevé qu'ailleurs, atteignant 25,3 % de la population totale au Québec et 29,5 % à Terre-Neuve-et-Labrador.

Dans les provinces de l'Ouest, les facteurs démographiques et les mouvements migratoires vont dans une direction opposée. On s'attend à ce que les taux de natalité plus élevés et/ou l'afflux de migrants provenant des autres provinces ralentissent la croissance relative de la population d'âinés âgés de plus de 65 ans. D'ici à 2031, on s'attend à ce que le pourcentage d'âinés dans les provinces de l'Ouest varie d'un taux minimum de 21,4 % en Alberta à un taux maximal de 24,9 % dans la province voisine, la Saskatchewan.

6.3 Tenir compte des besoins en dépenses dans les transferts fédéraux

Le coût moyen en services de soins de santé publique destinés aux Canadiens de plus de 50 ans augmente rapidement après cet âge. De plus, les tendances migratoires et les autres facteurs engendrent un vieillissement de la population inégal entre les provinces. Tous ces facteurs réunis représentent un défi politique majeur pour le Canada.

Les soins de santé publique font déjà partie du secteur le plus coûteux à la charge des gouvernements provinciaux et territoriaux. Près de 40 % des dépenses des programmes provinciaux et territoriaux sont consacrées aux soins de santé. Le fait que certaines provinces ont une population qui vieillit plus vite que d'autres indique que les coûts liés aux services de soins de santé augmenteront aussi plus rapidement dans ces provinces. En outre, un grand nombre de provinces où le pourcentage d'âinés augmente fortement sont aussi les provinces les plus pauvres du Canada.

Le gouvernement fédéral donne aux provinces et aux territoires une assistance financière afin de les aider à compenser le coût des soins de santé et des autres services publics. Selon les données du ministère des Finances du Canada, le gouvernement fédéral a effectué des transferts totaux de 43,5 milliards de dollars aux autres paliers de

gouvernement en 2006-2007, ce qui équivaut à 19,6 % des dépenses budgétaires fédérales. La grande majorité de ces fonds (92,4 %) sont acheminés via trois principaux programmes de transfert : la péréquation, le Transfert canadien en matière de santé (TCS) et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS).

On a proposé au gouvernement fédéral de considérer l'ajustement de son système de transfert de paiements de façon à tenir compte des différences interprovinciales en matière de besoins liés à l'âge. Le Comité a identifié deux principales façons d'adopter une telle mesure. La première consiste à intégrer les besoins en dépenses liées à l'âge dans un ou plusieurs des grands programmes canadiens de paiements de transfert. La deuxième consiste à mettre sur pied un transfert séparé et distinct permettant de relever ce défi politique spécifique.

Il existe un certain nombre d'options permettant de modifier les transferts de paiements actuels. Ces options, ainsi que celle qui permet de créer un nouveau transfert de paiement, sont définies de façon non exhaustive ci-dessous. Le Comité apprécie les commentaires et suggestions à propos de ces options ou de toute autre option proposée.

Les différentes options pour l'intégration des besoins en dépenses liés à l'âge dans la péréquation

La péréquation est un programme fédéral de transfert conçu afin de gérer les différences entre les provinces en matière de capacité de production de revenus. Ce programme semble étonnamment simple : la péréquation offre des paiements annuels aux gouvernements provinciaux qui ont une capacité relativement faible de produire des revenus au moyen de l'assiette fiscale dont ils disposent. La péréquation est régie par le principe selon lequel les provinces doivent avoir accès à des revenus suffisants, et ceux-ci doivent leur permettre d'offrir des niveaux de services raisonnablement comparables à un taux d'imposition raisonnablement comparable.

Bien que le principe de la péréquation soit simple, le programme est, en fait, complexe. Grâce à une formule préétablie, la péréquation crée un régime fiscal représentatif (RFR) qui permet d'évaluer le montant d'argent que chaque province pourrait amasser (par habitant) si toutes les provinces avaient les mêmes taux d'imposition. Le total par habitant de chaque province qui participe au RFR est ensuite

comparé à la moyenne des dix provinces. Si le total par habitant d'une province est inférieur à la norme, alors, sous certaines conditions, cette province a droit à une péréquation correspondant au montant dont elle a besoin pour atteindre le niveau de référence.

Comme la péréquation est basée sur une formule, le coût total du programme varie chaque année selon la puissance économique relative des provinces. Si l'écart entre les provinces riches et pauvres s'amenuise à cause de la faiblesse des unes ou de la force des autres, le total des paiements baisse. À l'inverse, si l'écart entre les provinces riches et pauvres s'agrandit à cause de la force des unes ou de la faiblesse des autres, le total des paiements augmente.

Toutefois, la péréquation ne traite qu'une seule moitié de l'équation fiscale. Elle est impuissante face à la question des besoins en dépenses ou à celle du coût de la prestation de services. Une fois les droits à péréquation calculés, la population des provinces est le seul facteur qui détermine directement la valeur totale des paiements.

Il existe trois principaux moyens pour reformuler la péréquation de façon à tenir compte des différences d'âge des populations.

77- Réformer le programme de péréquation actuel

La façon la plus directe d'intégrer les besoins liés à l'âge dans la formule de péréquation actuelle serait peut-être d'y introduire une clause qui permettrait d'ajuster les paiements par habitant selon l'âge de la population. Par exemple, pour chaque habitant d'un âge prédéterminé, une province recevrait une prime dans ses paiements de péréquation. Un tel programme pourrait permettre aux provinces de recevoir 110 % du droit de péréquation par habitant pour chaque aîné de plus de 65 ans.

L'intégration d'une telle réforme serait facile à mettre en œuvre, mais elle impliquerait quelques inconvénients. Le plus important d'entre eux découle du fait que l'âge de la population est déjà pris en considération dans le programme de péréquation actuel.

La péréquation permet d'indemniser les provinces qui, de façon générale, ont une capacité de générer des revenus autonomes en dessous de la moyenne. Une province où le pourcentage d'aînés est plus élevé que la moyenne aurait déjà, en supposant que tous les autres facteurs se situent dans la moyenne, une capacité à générer des revenus plus basse que les autres. Les aînés gagnent environ

80 % du revenu total du Canadien moyen, ce qui implique que le gouvernement d'une province où le taux d'âînés dans la population est élevé peut percevoir moins d'impôts sur le revenu que les autres. Un pourcentage élevé d'âînés retraités peut aussi modifier la capacité fiscale d'une province dans d'autres types de revenus comme les charges sociales. Ces facteurs sont déjà pris en considération dans le programme de péréquation actuel.

De plus, l'objectif de la péréquation est d'assurer à chaque province l'accès à des niveaux de revenus raisonnablement comparables qui leur permettent de financer leurs services gouvernementaux. Étant donné la multitude des facteurs qui influent sur les finances des gouvernements provinciaux, il pourrait être difficile de montrer qu'il importe de tenir compte des besoins liés à l'âge, mais pas des autres facteurs.

78- Intégrer une clause de besoins en dépenses liées à l'âge dans la péréquation

Une deuxième option consiste à intégrer une clause relative aux besoins fiscaux liés à l'âge dans la péréquation. Dans le cadre d'un tel programme, il faudrait mesurer le coût relatif d'un ensemble de services offerts par les gouvernements provinciaux pour chaque catégorie d'âge. Les provinces dont le fardeau des dépenses est au-dessus de la moyenne à cause de la structure par âge de leur population seraient ainsi, à cause de cette différence, indemnisées grâce au programme de péréquation.

Dans un tel programme, le total des paiements de péréquation d'une province serait calculé d'après deux facteurs : sa capacité fiscale par rapport aux autres provinces et le coût des services liés à la structure par âge de sa population par rapport à celui des autres provinces. Les droits à péréquation positifs et négatifs qui découlent de chacun de ces facteurs seraient ensuite additionnés pour obtenir la valeur définitive du paiement.

Un programme conçu de façon précise qui permettrait de calculer adéquatement les besoins en dépenses liées à l'âge serait un moyen efficace d'indemniser les provinces dont le fardeau financier associé à l'âge de sa population est plus lourd que celui des autres provinces. Toutefois, bien que la mise en œuvre d'un tel procédé soit faisable, elle serait plutôt controversée.

Un des problèmes consiste en la difficulté d'arriver à une entente entre le gouvernement fédéral et les provinces quant à la façon de mesurer les coûts liés à l'âge. Un autre consiste en le fait qu'un équilibre entre la simplicité et la précision doit être atteint. Des mesures simples en matière de besoins liés à l'âge ne doivent pas être coûteuses ou difficiles à créer, mais il va sans dire qu'une mesure simple risque de ne pas être assez précise. Par ailleurs, il serait peut-être possible de concevoir une mesure exhaustive des besoins liés à l'âge, mais le coût en collecte de données et en calculs pourrait être énorme.

Les gens qui sont venus témoigner devant le Comité ont évoqué deux autres préoccupations par rapport à l'idée d'intégrer les besoins liés à l'âge dans le programme de péréquation. Si le nombre d'aînés, ou une autre mesure de l'âge de la population, devait être pris en compte dans la formule de péréquation, alors il en irait de même d'autres facteurs tels que les besoins provinciaux en infrastructures, le nombre d'étudiants universitaires et même les frais de déneigement.

De plus, une importante distinction doit être faite entre les besoins en dépenses et le coût des services. Une province comme Terre-Neuve-et-Labrador, où le pourcentage d'aînés est élevé, peut avoir des besoins en dépenses plus importants que ceux des autres provinces à cause, par exemple, des nombreux services de santé et des établissements de soins de longue durée offerts aux aînés. Toutefois, et parallèlement, bien qu'il y ait relativement moins d'aînés en Alberta, ces mêmes services y sont plus dispendieux à cause de facteurs tels que les salaires élevés et les prix du secteur immobilier. Il n'est manifestement pas évident de trouver la province qui a le fardeau fiscal le plus lourd.

79- Intégrer une clause exhaustive sur les besoins fiscaux dans la péréquation

Une autre façon d'intégrer les besoins en dépenses liées à l'âge serait de créer un programme exhaustif de péréquation qui tiendrait compte non seulement de la capacité d'une province à générer des revenus, mais aussi de tous les autres besoins en dépenses. Dans la mesure où l'âge de la population influence le coût des services médicaux, éducationnels et sociaux, de même que des autres services offerts par les gouvernements provinciaux, ces coûts supplémentaires seraient enfin compris dans le calcul des droits de péréquation.

Aux fins de la péréquation, les besoins en dépenses peuvent être mesurés par l'une des trois méthodes suivantes : l'estimation du coût d'un ensemble normalisé de services publics, l'utilisation de modèles de dépenses existants et du coût moyen de divers types de dépenses, et la création d'un Régime de dépenses représentatif (RDR), qui est en fait une approche semblable au RFR mais destinée aux revenus. Cette troisième approche est plus exhaustive que les deux autres et convient mieux aux objectifs et à la motivation première du programme de péréquation.

Bien qu'un RDR exhaustif soit intuitivement souhaitable, il est aussi considérablement plus difficile à mettre sur pied et il peut manquer de transparence comparativement à une approche plus simple. En effet, la création d'un RDR comprend les étapes suivantes :

- déterminer les catégories de dépenses qui y seront incluses;
- déterminer l'influence des coûts et des besoins sur les dépenses globales, et différencier ces deux facteurs;
- créer une norme nationale en fonction de laquelle seront mesurées les dépenses provinciales, et ce, pour chaque catégorie de dépenses⁷.

À chacune de ces étapes, la probabilité d'un désaccord avec les provinces et entre celles-ci est considérable. Une autre question associée à la mise en œuvre d'un procédé de RDR consiste en la relation entre les coûts et les besoins. Bien que l'on puisse prétendre que les besoins en services médicaux sont grands dans des provinces comme la Nouvelle-Écosse, où la population est plus vieille qu'ailleurs, il ne faut pas oublier que le coût des services peut être plus élevé dans les provinces riches, où les salaires et la valeur des propriétés sont plus élevés. La question des coûts et des besoins doit faire partie intégrante de tout programme de péréquation qui tient compte des niveaux de dépenses provinciales. Toutefois, l'interaction entre les coûts et les besoins peut donner des résultats imprévisibles. En d'autres termes, il est possible qu'une analyse détaillée des coûts et des besoins des gouvernements provinciaux entraîne une *réduction* des paiements de péréquation aux provinces.

Malgré ces inconvénients, un programme exhaustif de péréquation est intuitivement attrayant. Pour un grand nombre de

⁷ F. Vaillancourt et Richard M. Bird, *Expenditure-Based Equalization Transfers*, ITP Paper 0512, juin 2005, p. 10.

personnes, il faut prendre en considération les coûts relatifs des services publics à la grandeur du pays afin de s'assurer que toutes les provinces soient capables de fournir des services de qualité similaire.

Un certain nombre de pays utilisent déjà des programmes de péréquation qui intègrent des mesures des besoins en dépenses. Un des exemples les plus notables est l'Australie, qui utilise un programme de transfert détaillé où 18 catégories de revenus et 41 catégories de dépenses sont prises en considération.

Les différentes options permettant l'intégration des besoins liés à l'âge dans le Transfert canadien en matière de santé

Le TCS est un transfert inconditionnel effectué par le gouvernement fédéral vers les provinces et territoires qui sert à rembourser partiellement le coût des services de soins de santé. Le TCS a été créé en 2004 dans le cadre d'un processus visant une meilleure transparence et une responsabilité accrue. Ce processus provoqua la division de l'ancien Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) en deux transferts distincts, soit le TCS et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux.

Le TCS est un transfert en deux parties qui comprend un paiement annuel en argent et la valeur nominale (pour chaque province) d'un transfert ponctuel de marge fiscale (en 1977) du gouvernement fédéral vers les provinces. La valeur de la marge fiscale croît au même rythme que l'assiette fiscale des sociétés et des particuliers, tandis que la valeur de la fraction en espèces est déterminée dans les engagements de financement pluriannuel.

La totalité du TCS est distribuée selon un montant égal par habitant. Toutefois, le paiement en argent est le seul *vrai* transfert effectué annuellement. La marge fiscale annulée par le gouvernement fédéral il y a plus de 30 ans agit essentiellement comme une compensation pour les paiements en argent; puisque le transfert total est égal par habitant, plus la valeur des points d'impôt d'une province est élevée, moins elle reçoit d'argent.

Par exemple, en 2007-2008, la valeur totale du transfert TCS équivalait à 1 054 \$ par personne. En Ontario, le point d'impôt du

transfert valait 425 \$, alors qu'il valait 377 \$ en Nouvelle-Écosse⁸. Conséquemment, la Nouvelle-Écosse a reçu 677 \$ par personne, un paiement en argent plus élevé que l'Ontario, qui en a reçu 629 \$.

Cette méthode de distribution du TCS a été pendant longtemps une source de conflits entre les provinces. Bien que beaucoup de provinces appuient la méthode de distribution actuelle, quelques-unes d'entre elles, comme l'Ontario, ont affirmé que toutes les provinces devraient recevoir le même paiement en argent puisque le transfert de points d'impôt est strictement nominal et que ce dernier a longtemps été considéré comme un revenu autonome provincial.

Dans le Budget 2007, le gouvernement fédéral a annoncé son intention de mettre en œuvre une distribution fondée sur un montant égal par habitant de l'argent du TCS. Toutefois, comme le gouvernement est au cœur d'un engagement de financement de 10 ans en soins de santé, cette mesure ne devrait pas être mise en application avant 2014-2015.

La transition vers des transferts fondés sur un montant égal par habitant sera controversée. Pour que chaque province reçoive les mêmes paiements en argent par habitant, celles qui reçoivent présentement des paiements inférieurs, c'est-à-dire l'Alberta et l'Ontario, devront être élevées au même niveau que les autres provinces. Cette mesure implique une croissance accrue en argent TCS pour les provinces riches, du moins pendant la période de transition. Pour les provinces pauvres, c'est comme si le gouvernement donnait plus d'argent à celles qui en avaient le moins besoin. Pour les provinces qui en bénéficient, l'augmentation des transferts ne fait que rectifier un déséquilibre de longue date où les provinces pauvres étaient toujours privilégiées. Pour sa part, le gouvernement fédéral est d'avis que les récents changements apportés au programme de péréquation, qui ont rendu les transferts plus généreux qu'auparavant, devraient en fin de compte compenser pour les provinces pauvres la croissance ralentie des transferts d'argent TCS.

La mesure qui consiste à intégrer les considérations en matière de dépenses liées à l'argent dans le TCS se défend peut-être mieux

⁸ La valeur des points d'impôt pour les provinces qui bénéficient de la péréquation est égale à la valeur combinée de ces mêmes points d'impôt, ainsi qu'à celle des paiements de péréquation qu'elles reçoivent pour ces points d'impôt. Conséquemment, la valeur des points d'impôt TCS des provinces admissibles à la péréquation est presque identique.

que celle qui consiste à ne faire que des ajustements au programme de péréquation. Le but de la péréquation est d'aider les provinces à offrir une gamme complète de services publics. Pourtant, le TCS vise exclusivement les dépenses provinciales en services de soins de santé publique où, comme mentionné auparavant, l'âge est certainement un facteur important.

Il existe trois façons générales d'intégrer les besoins liés à l'âge dans le TCS.

80- Pondérer en fonction de l'âge les contributions fédérales en matière de santé

Une de ces façons consiste à ajuster la valeur des transferts d'argent fédéraux aux provinces en fonction de l'âge de la population. Cette idée a été proposée en 2002 par le Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Dans son rapport, *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*, Volume six : Recommandations en vue d'une réforme, le Comité a recommandé la pondération des contributions fédérales accordées en matière de santé selon le pourcentage de la population de chaque province/territoire âgée de plus de 70 ans.

Cette mesure comporte toutefois quelques inconvénients. Par exemple, la pondération par âge des contributions fédérales dans le secteur de la santé est nécessairement subjective. Le gouvernement fédéral aurait à faire des choix par rapport aux tranches d'âge à considérer et aux degrés auxquels celles-ci seront pondérées. Dans les deux cas, il existe une multitude de possibilités; une entente entre les provinces et les territoires sur ce point serait donc improbable.

Un autre inconvénient de cette mesure est qu'elle ne prend pas en considération la question des besoins en dépenses par rapport aux coûts. L'âge est un seul des nombreux facteurs qui déterminent les dépenses en soins de santé publique. La géographie, la densité de la population, les coûts de transport, les valeurs de la propriété, les salaires et la santé de la population sont aussi des facteurs qui influencent le coût des services de santé publique. Si un ajustement spécial est effectué seulement en fonction du facteur de l'âge, le TCS devient-il plus équitable?

81- Mesurer les besoins en dépenses liées à l'âge

Pour mesurer adéquatement les besoins en dépenses liées à l'âge, il faut instaurer un procédé qui isole l'impact de l'âge de la population sur les coûts en soins de santé. L'âge est un facteur parmi tant d'autres qui détermine les dépenses en soins de santé, car celles-ci dépendent autant des choix politiques des provinces et des territoires que des obligations en matière de dépenses auxquelles ils sont soumis.

Une façon relativement simple d'isoler les effets de l'âge sur les dépenses en soins de santé consiste à créer un taux standard de dépenses pour chaque tranche d'âge et d'utiliser cette mesure (et non celles des dépenses provinciales réelles) comme une base à partir de laquelle les effets de l'âge de la population sur le total des coûts seront déterminés. Cette approche n'est pas sans rappeler la formule de péréquation. Dans la péréquation, les provinces sont comparées non pas en fonction de leurs revenus *réels*, mais d'après la quantité de revenus qu'elles pourraient générer si elles avaient toutes les mêmes taux d'imposition. Dans ce cas-ci, les provinces seraient comparées à partir de ce qu'aurait été le montant des dépenses en soins de santé (par tranche d'âge) si leur structure de coûts avait été la même pour chacune de ces tranches d'âge.

Un document de la Bibliothèque du Parlement publié en 2002, *Prise en compte des besoins axés sur l'âge dans les transferts fédéraux pour la santé*⁹, fait état des moyens à utiliser pour mettre sur pied un tel programme. Les grandes lignes de ce processus peuvent être exprimées à l'aide d'une série de questions (en prenant l'exemple de la Nouvelle-Écosse) :

- 1) D'après les taux nationaux moyens des dépenses en soins de santé, quelles sont les dépenses provinciales en soins de santé en Nouvelle-Écosse?
- 2) Si la structure par âge de la population de la Nouvelle-Écosse était identique à celle de la moyenne nationale, quels seraient les besoins provinciaux en dépenses liées à la santé pour chaque tranche d'âge?
- 3) Pour chaque tranche d'âge, quelle est la différence entre les deux questions précédentes?

⁹ M. Holden, *Prise en compte des besoins axés sur l'âge dans les transferts fédéraux pour la santé*, PRB 02-53, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, Ottawa, décembre 2002.

En somme, ce procédé consiste à isoler les effets de la structure par âge d'une province sur ses coûts en soins de santé. Si sa structure par âge alourdit son fardeau financier alors, comme dans le programme de péréquation, cette province devient admissible aux transferts fédéraux en santé afin d'être indemnisée pour cette différence.

L'avantage majeur de ce procédé est qu'il intègre de façon politiquement neutre les besoins liés à l'âge dans les transferts en matière de santé. Les décisions relatives aux dépenses d'une province ne modifient pas le montant des transferts TCS auquel elle aurait droit, sauf dans la mesure où cette province influence la moyenne nationale. De plus, ce procédé permet d'isoler l'impact de l'âge de la population sur les dépenses provinciales en soins de santé indépendamment des autres considérations et de façon relativement objective. Finalement, en utilisant une moyenne nationale de dépenses en matière de santé, le gouvernement fédéral peut éviter la démarche litigieuse qui consiste à trouver des mesures appropriées aux coûts liés à l'âge.

Bien que ce procédé de financement compense certaines lacunes des autres options, il comprend aussi quelques inconvénients. Puisqu'il ressemble au programme de péréquation, il peut parfois être victime des mêmes critiques : il est complexe et il manque de transparence. De plus, il ne tient pas compte du fait que, encore une fois, l'âge soit le seul facteur de coût en matière de santé à mériter une compensation particulière.

82- Intégrer une approche exhaustive fondée sur les besoins dans les transferts en matière de santé

La dernière possibilité consiste à intégrer l'âge de la population dans une mesure détaillée relative aux besoins en dépenses et aux pressions sur les coûts, et à prendre en considération tous les facteurs majeurs qui influencent les dépenses provinciales en soins de santé. Cette option est similaire à l'idée d'un système de dépenses représentatif pour le programme de péréquation sauf que, dans ce cas-ci, les dépenses représentatives seraient limitées à celles du secteur des dépenses en soins de santé.

En tant que tels, la plupart des avantages et des inconvénients décrits dans la section sur la péréquation s'appliquent aussi ici. L'avantage majeur de la mise en œuvre d'une formule à grande échelle d'estimation des besoins en dépenses destinées aux soins de santé est, si la formule est savamment élaborée, que cette dernière

pourrait tenir compte de *tous* les besoins en dépenses et de *toutes* les pressions sur les coûts qui touchent les dépenses provinciales en soins de santé, et ainsi permettre une distribution convenable des transferts fédéraux en matière de santé. En supposant que tous les intervenants parviennent à s'entendre sur la façon de mesurer les coûts et les besoins, un tel programme de transfert tiendrait compte des préoccupations des provinces où la population vieillit rapidement ainsi que de celles où les coûts liés aux soins de santé publique sont, pour d'autres raisons, élevés.

Toutefois, une telle entente serait difficilement réalisable. Comme une multitude d'indicateurs pourraient être utilisés pour mesurer les besoins en dépenses provinciales et territoriales en matière de santé, des données générales telles que l'espérance de vie moyenne jusqu'à la fréquence de certains malaises spécifiques en passant par des renseignements détaillés sur le temps d'attente pour certains types de chirurgies, les gouvernements provinciaux/territoriaux ne parviendront probablement pas à établir un consensus par rapport à ce que devrait être la meilleure approche.

La collecte de données est une préoccupation similaire. Toutes les provinces et tous les territoires n'accumulent pas les mêmes informations à propos des soins de santé et ils n'utilisent pas nécessairement la même méthodologie de collecte de données. Les coûts associés à la normalisation des données et à l'élaboration d'une formule détaillée capable de mesurer les besoins en dépenses liées aux soins de santé peuvent être trop élevés pour en valoir la peine.

De plus, même si une entente pouvait être obtenue au cours du processus de mesure des besoins en dépenses pour les soins de santé publique, il n'est pas garanti que le résultat final soit plus payant pour les provinces où le pourcentage d'âînés est élevé. Si le facteur de l'âge est joint à ceux des coûts et des besoins, il est possible que les provinces où le vieillissement de la population est accru reçoivent des transferts fédéraux en matière de santé *plus bas* que ceux qui correspondent à la part fondée sur un montant égal par habitant, car les effets de ces deux autres facteurs peuvent être plus importants que les besoins supplémentaires en dépenses causés par un pourcentage élevé d'âînés.

83- Réformer le Transfert canadien en matière de programmes sociaux pour y intégrer les coûts liés à l'âge

Le Transfert canadien en matière de programmes sociaux est, fondamentalement, le frère cadet du TCS. Alors que le TCS est destiné à financer les dépenses provinciales et territoriales en soins de santé, le TCS est un transfert global de contributions aux dépenses provinciales et territoriales en éducation postsecondaire, en aide sociale, en services sociaux, en développement et éducation du jeune enfant, ainsi qu'en soins aux enfants.

Jusqu'à tout récemment, la structure du TCPS était identique à celle du TCS; le transfert total était une combinaison de points d'impôt théorique et d'argent distribués selon un montant égal par habitant. Toutefois, dans le Budget 2007, le gouvernement fédéral a annoncé son intention de mettre en œuvre une distribution fondée sur un montant égal par habitant de l'argent du TCS et du TCPS. Bien que le changement dans la distribution des fonds du TCS ne doive pas commencer avant 2014-2015, le TCPS est devenu, en 2007-2008, un transfert fondé sur montant égal par habitant dont la valeur totale des paiements en argent était inférieure à 9,5 milliards de dollars. Les paiements en argent du TCPS commenceront en 2009-2010 et augmenteront de 3 % par année jusqu'en 2013-2014.

Dans le cadre d'une démarche visant à améliorer la transparence, le gouvernement fédéral a aussi annoncé dans le Budget 2007 qu'il fournira les informations relatives à la distribution des transferts d'argent au sein même des différentes composantes du TCPS. Il est toutefois important de noter que le TCPS demeure un transfert inconditionnel. Les provinces et les territoires sont libres de dépenser le montant de ce transfert comme ils veulent.

Essentiellement, le TCPS ne tient pas compte des besoins en dépenses liés au fait que la population des différentes régions du Canada vieillit à des rythmes différents. Un grand nombre de programmes financés par le TCPS sont destinés aux jeunes Canadiens. En 2008-2009, environ 40 % de l'argent du TCPS est destiné aux dépenses en éducation postsecondaire et en soutien aux enfants. Les 6,2 milliards de dollars qui restent sont, à la base, affectés au soutien des programmes de services sociaux provinciaux et territoriaux comme l'aide sociale. Le TCPS est pertinent à notre discussion seulement si les aînés sont admissibles à ces programmes, ou si des

programmes sociaux destinés spécifiquement aux aînés existent dans les provinces et les territoires.

En fait, l'idée selon laquelle la distribution des transferts TCPS pourrait être ajustée en fonction des différences en distribution de la population affaiblit l'argument d'un ajustement similaire des transferts TCS. S'il est possible d'affirmer que le Québec et les provinces de l'Atlantique ont droit à une part importante des fonds du TCS à cause de leur taux élevé d'aînés, il est tout aussi justifié d'affirmer que l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba et les trois territoires devraient recevoir une part importante des fonds du TCPS à cause de leur taux d'habitants âgés de moins de 30 ans plus élevé que la moyenne.

Bien qu'il soit vrai que le TCS soit un transfert considérablement plus important que le TCPS, l'effet réel d'une redistribution des transferts fondée sur les besoins liés à l'âge est loin d'être clair. En fait, c'est pour cette raison que les transferts fédéraux aux provinces et aux territoires ont tendance à être distribués selon un montant égal par habitant. Étant donné la multitude de facteurs qui influencent les coûts et les besoins en dépenses, sans oublier les choix politiques des différents gouvernements, la distribution des transferts selon un montant égal par habitant est, pour bien des gens, l'approche la plus équitable.

Les transferts TCPS sont peu pertinents par rapport au fait que la variation du vieillissement de la population d'une province à l'autre entraîne des fardeaux en dépenses provinciales divergents. Pour cette raison, il est peut être inapproprié d'émettre des recommandations sur l'ajustement de la distribution de ce transfert particulier.

Cependant, plusieurs organisations ont affirmé que la transparence des paiements TCPS pouvait être améliorée. Plus particulièrement, elles ont recommandé une division du TCPS en deux transferts : un premier destiné expressément à contribuer à l'éducation postsecondaire, et un deuxième destiné aux programmes sociaux et à l'aide sociale. Cette recommandation pourrait être appuyée par le Comité. En général, le financement de l'éducation postsecondaire est un sujet qui ne concerne pas les aînés. Par ailleurs, l'aide sociale et la réduction de la pauvreté sont très certainement des problèmes majeurs qui touchent les aînés. La division du TCPS en deux permettrait d'identifier le transfert fédéral qui est le plus utile aux aînés. Ces derniers, ainsi que les autres intervenants, pourraient aussi

rechercher plus facilement les améliorations pouvant être apportées au soutien fédéral dans ces secteurs.

84- Établir un programme supplémentaire pour compenser le vieillissement inégal d'une province à l'autre

Au lieu d'apporter des changements aux programmes existants, il a été proposé que le Canada mette sur pied un nouveau programme de transfert conçu expressément pour tenir compte des différences provinciales en termes de vieillissement de la population. Cette idée a été accueillie favorablement par les témoins, dont un grand nombre étaient opposés à la réalisation de changements fondamentaux dans le système actuel de transferts fédéraux-provinciaux.

Un transfert direct de soutien aux provinces dont le vieillissement de la population est plus rapide que les autres comporte plusieurs avantages. Premièrement, puisqu'un tel transfert serait séparé des transferts fédéraux-provinciaux existants, le rôle et l'objectif de chacun seraient clairs et transparents, et il y aurait maintien de l'efficacité et de la responsabilité. Deuxièmement, bien que le secteur des soins de santé publique soit sans doute très important, et aussi celui où les besoins en dépenses continueront de varier entre les provinces et territoires, il existe d'autres secteurs importants. Un transfert consacré aux différences en termes de vieillissement de la population permettrait de tenir compte de toutes les pressions exercées par les coûts liés à l'âge.

Finalement, il a été dit qu'il n'était pas raisonnable de modifier les programmes actuels de transfert en fonction d'un phénomène temporaire. Le Comité a appris que la pression des coûts attribuables au vieillissement de la population sera à son plus haut niveau dans les années 2030, après quoi elle diminuera lentement.

Bien qu'il existe des moyens de modifier les transferts actuels de façon à ce qu'ils tiennent compte des besoins en dépenses liés à l'âge, ces différents moyens seront probablement complexes et controversés. La façon la plus simple et la plus directe d'aider les provinces en matière de coûts associés à une population qui vieillit rapidement pourrait être l'attribution d'un transfert de paiement séparé, distinct et conçu spécifiquement à cet effet.

Liste des options proposées

- 1- Instaurer des crédits d'impôt pour le bénévolat
- 2- Assurer le financement pluriannuel des activités bénévoles
- 3- Investir dans l'infrastructure des organismes bénévoles
- 4- Créer un programme de jumelage des compétences
- 5- Promouvoir et reconnaître le bénévolat tout au long de la vie
- 6- Élargir les crédits d'impôt pour études
- 7- Promouvoir un site Web consacré à l'apprentissage continu
- 8- Mener une campagne de sensibilisation à l'apprentissage continu
- 9- Adapter le programme Nouveaux Horizons pour les aînés, en fonction des besoins des Autochtones
- 10- Amoindrir l'isolement par une meilleure planification urbaine
- 11- Sensibiliser les Canadiens aux avantages de l'activité physique
- 12- Éliminer les obstacles à la vie active
- 13- Faciliter la mise en commun des connaissances et des pratiques exemplaires
- 14- Mettre en œuvre une stratégie nationale de lutte contre la stigmatisation et la discrimination
- 15- Favoriser la création d'indicateurs de compétence en remplacement de l'âge chronologique
- 16- Promouvoir la recherche sur les compétences
- 17- Lancer une campagne de sensibilisation aux récents changements législatifs qui ont éliminé les obstacles à la retraite progressive
- 18- Rétablir la neutralité actuarielle du Régime de pensions du Canada en intensifiant les mesures incitant à attendre avant de toucher des prestations de retraite
- 19- Travailler en collaboration avec les provinces afin de modifier le Régime de pensions du Canada pour que les travailleurs âgés qui touchent des prestations avant l'âge de 65 ans puissent continuer de cotiser au régime
- 20- Travailler en collaboration avec les provinces afin de modifier le Régime de pensions du Canada pour que les personnes ayant entre 60 et 65 ans qui souhaitent se prévaloir de la prestation du RPC tout en travaillant puissent le faire et ne soient pas obligées de cesser de travailler ou de cotiser jusqu'au maximum du RPC dans les mois qui précèdent leur demande
- 21- Lancer une campagne de sensibilisation à la discrimination contre les travailleurs âgés et examiner de façon plus attentive

- le traitement qu'ils subissent afin de déterminer si les mesures législatives et réglementaires existantes sont respectées
- 22-** Modifier le programme d'assurance-emploi afin qu'il prévoie des prestations à l'intention des travailleurs âgés chômeurs, au lieu que ces derniers soient obligés de toucher plus tôt des prestations du RPC ou d'autres régimes, ce qui peut les pénaliser
 - 23-** Examiner les autres apports de revenu possibles
 - 24-** Rendre non imposables les prestations de la Sécurité de la vieillesse et du Supplément de revenu garanti s'il s'agit des seules sources de revenus
 - 25-** Proposer aux gouvernements provinciaux que les prestations de survivant versées en vertu du RPC restent au même niveau après le décès du conjoint
 - 26-** Modifier le SRG afin que les personnes âgées ne se retrouvent pas sous le seuil de faible revenu
 - 27-** Travailler en collaboration avec les gouvernements provinciaux afin d'accroître le taux de remplacement du revenu provenant du RPC (actuellement fixé à 25 % du revenu, jusqu'à concurrence du salaire moyen) ou augmenter le montant maximum des gains ouvrant droit à pension pour qu'il dépasse le revenu moyen, ou les deux
 - 28-** Analyser les changements proposés au revenu de retraite afin d'évaluer et de corriger les différences d'effets sur les hommes et les femmes
 - 29-** Mener des campagnes plus énergiques pour faire en sorte que tous les Canadiens admissibles touchent toutes les prestations relativement à la retraite et à l'âge auxquelles ils ont droit
 - 30-** Verser des remboursements rétroactifs, avec intérêts, aux prestataires qui n'ont pas présenté de demande à la SV à 65 ans ou au RPC à 70 ans, ou qui ont essuyé un refus en raison d'erreurs administratives. Veiller à ce que ces paiements couvrent la période entre l'âge d'admissibilité et l'âge auquel le remboursement est effectué
 - 31-** Harmoniser la conception et le fonctionnement de la Sécurité de la vieillesse et du Supplément de revenu garanti, ainsi que des soutiens et services (principalement d'ordre provincial) afin que de modestes augmentations du revenu n'entraînent pas une réduction des soutiens ou des services
 - 32-** Élaborer une entente fédérale-provinciale-territoriale afin que les augmentations de la SV ou du SRG n'entraînent pas une perte d'admissibilité aux subventions ou aux services pour les personnes âgées

- 33-** Revoir la conception du RPC à la lumière des différences croissantes dans la participation au marché du travail
- 34-** Établir un régime national d'assurance-médicaments exhaustif financé par l'État ou par un partenariat public-privé
- 35-** Lancer des campagnes d'information sur la nutrition destinées aux aînés et à la population en général
- 36-** Veiller à ce que les programmes de soins dentaires pour les Premières nations et les Inuits, les anciens combattants et les détenus des pénitenciers fédéraux assument les coûts des prothèses dentaires
- 37-** Élaborer des mesures de soutien des aidants et promouvoir l'éducation afin de prévenir l'épuisement professionnel
- 38-** Améliorer la formation de l'ensemble des travailleurs de la santé concernant les besoins des aînés
- 39-** Partager les pratiques exemplaires relatives à la prévention des mauvais traitements à l'égard des personnes âgées
- 40-** Signer la Convention de la Haye sur la protection internationale des adultes
- 41-** Appuyer des projets de renforcement des capacités visant la formation en gériatrie et en gérontologie
- 42-** Établir un partenariat national sur les soins palliatifs et veiller à son financement
- 43-** Mettre en œuvre un programme de sensibilisation visant à renseigner les Canadiens au sujet des services de fin de vie et de la nécessité de la planification préalable des soins
- 44-** Offrir aux bénévoles et aux professionnels de la santé plus de possibilités de formation et d'éducation relatives aux soins palliatifs et de fin de vie
- 45-** Appliquer des normes de référence en matière de soins palliatifs à domicile pour les anciens combattants, les Premières nations et les Inuits ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux
- 46-** Élaborer des outils pour faciliter le diagnostic précoce de troubles mentaux
- 47-** Supprimer le plafond de 3 % imposé aux services de santé non assurés
- 48-** Élargir la catégorie des dépenses admissibles au titre du Programme des services de santé non assurés de manière à inclure les coûts liés aux soins des pieds
- 49-** Veiller à ce que les détenus âgés dans les pénitenciers reçoivent l'aide nécessaire en temps opportun
- 50-** Augmenter la publicité au sujet des programmes d'adaptation des logements de la SCHL

LISTE DES OPTIONS PROPOSÉES

- 51-** Accroître le parc de logements abordables d'un bout à l'autre du pays
- 52-** Accroître la disponibilité des bons de logement subventionné afin que les personnes âgées à faible revenu aient les moyens de se loger convenablement
- 53-** Veiller à ce que les constructeurs et les inspecteurs respectent et appliquent systématiquement les normes d'aménagement sans obstacle, déjà contenues dans la *Loi sur le code du bâtiment*
- 54-** Accroître le parc de logements supervisés abordables
- 55-** Accroître le parc de logements supervisés abordables à l'intention des aînés inuits et des Premières nations
- 56-** Améliorer la réglementation du logement supervisé d'un bout à l'autre du pays
- 57-** Faciliter l'accès aux renseignements au sujet des possibilités de logements au Canada
- 58-** Encourager les provinces et les territoires à conclure des ententes de réciprocité afin d'éliminer les périodes d'attente pour les habitants venant d'une autre province
- 59-** Faire part des renseignements et des meilleures pratiques sur l'adaptation des établissements de soins de longue durée afin de répondre aux besoins d'une société multiculturelle
- 60-** Adopter un programme national de soins à domicile
- 61-** Régler les écarts dans les compétences et les conditions de travail du personnel de services à domicile
- 62-** Créer un régime enregistré d'épargne pour soins chroniques
- 63-** Fournir des renseignements aux aidants naturels
- 64-** Créer un programme national de relève
- 65-** Modifier la prestation de compassion
- 66-** Fournir un soutien financier aux aidants naturels
- 67-** Offrir aux aidants naturels une clause d'exclusion du Régime de pensions du Canada (RPC)
- 68-** Adopter une politique nationale sur les services de soins intégrés
- 69-** Mettre en commun les meilleures pratiques relativement aux services de soins intégrés
- 70-** Créer, à l'intention de tous les aînés du Canada, un programme pour l'autonomie axé sur les besoins, en s'inspirant du Programme pour l'autonomie des anciens combattants
- 71-** Élargir le Programme pour l'autonomie des anciens combattants afin de l'offrir à tous les anciens membres des Forces canadiennes
- 72-** Accroître le parc de logements convenables et abordables à l'intention des Premières nations et des Inuits

- 73-** Fournir aux Premières nations et aux Inuits les mêmes services que ceux offerts aux anciens combattants dans le cadre du Programme pour l'autonomie des anciens combattants
- 74-** Mettre en œuvre les recommandations contenues dans le rapport du Service correctionnel du Canada sur les délinquants âgés
- 75-** Modifier la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* en ajoutant les délinquants âgés et ceux qui présentent de graves problèmes de santé à la liste des groupes de délinquants ayant des besoins spéciaux
- 76-** Modifier la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* afin que les détenus en phase terminale qui purgent une peine d'emprisonnement à perpétuité ou d'une durée indéterminée soient admissibles à la mise en liberté sous condition pour raison humanitaire
- 77-** Réformer le programme de péréquation actuel
- 78-** Intégration d'une clause de besoins en dépenses liées à l'âge dans la péréquation
- 79-** Intégration d'une clause exhaustive sur les besoins fiscaux dans la péréquation
- 80-** Pondérer en fonction de l'âge les contributions fédérales en matière de santé
- 81-** Mesurer les besoins en dépenses liées à l'âge
- 82-** Intégrer une approche exhaustive fondée sur les besoins dans les transferts en matière de santé
- 83-** Réformer le Transfert canadien en matière de programmes sociaux et pour y intégrer les coûts liés à l'âge
- 84-** Établir programmes supplémentaires pour compenser le vieillissement inégal d'une province à l'autre

Liste des témoins : Deuxième session trente-neuvième législature

26 novembre 2007

Ressources humaines et Développement social Canada

Shawn Tupper, directeur général, Développement de la politique sociale;

Dominique La Salle, directeur général, Secrétariat des politiques sur les aînés et les pensions;

Roman Habtu, gestionnaire, Politique de prestation de sécurité de vieillesse.

Ministère des Finances Canada

Frank Vermaeten, directeur général, Bureau du sous-ministre adjoint;

Krista Campbell, chef principal, Division des relations fédérales-provinciales;

Andrew Staples, chef intérimaire, Division des relations fédérales-provinciales.

3 décembre 2007

Institut canadien d'information sur la santé

Jean-Marie Berthelot, vice-président, programmes;

Christopher Kuchciak, chef de section, BDDNS/OCDE.

Centre canadien de politiques alternatives

Marc Lee, économiste principal.

À titre personnel

Robert Evans, professeur d'économie, Université de la Colombie-Britannique.

Joe Ruggeri, professeur d'économie, Université du Nouveau-Brunswick.

Agence de santé publique du Canada

Margaret Gillis, directrice, Division du vieillissement et des aînés/Bureau du secteur bénévole.

10 décembre 2007

Société canadienne d'hypothèques et de logement

Luis Rodriguez, chercheur principal;

Debra Darke, directrice, Développement des collectivités.

Association canadienne des soins de santé

Sharon Sholzberg-Gray, présidente et chef de la direction.

La Légion royale canadienne

Pierre Allard, directeur, Bureau d'entraide;

David MacDonald, consultant, Centre d'excellence de logement de la Légion.

À titre personnel

Marcus J. Hollander, président, Hollander Analytical Services Ltd.

Margaret Isabel Hall, professeure adjointe, Faculté de droit, Université de la Colombie-Britannique.

28 janvier 2008

Association canadienne des automobilistes

David M. Munroe, président du conseil d'administration CAA national;

Christopher White, vice-président, Affaires publiques.

L'Association médicale canadienne

Dr Briane Scharfstein, secrétaire général associé, Affaires professionnelles.

Université Lakehead

Dr Michel Bédard, chaire de recherche du Canada en vieillissement et santé.

Le centre de réadaptation, Hôpital d'Ottawa

Dr Shawn Marshall, professeur associé.

Canadian Centre for Elder Law Studies

Laura Watts, directrice nationale.

Société Alzheimer de la Nouvelle-Écosse
Jeanne Desveaux, présidente.

4 février 2008

Service correctionnel du Canada
Ross Toller, commissaire adjoint, Opérations et programmes
correctionnels;
Leslie MacLean, commissaire adjointe, Services de santé.

Bureau de l'Enquêteur correctionnel
Ed McIsaac, directeur exécutif;
Howard Sapers, enquêteur correctionnel.

L'Association canadienne des Sociétés Elizabeth Fry
Kim Pate, directrice exécutive.

Bureau d'assurance du Canada
Mark Yakabuski, président et chef de la direction.

Fédération des ordres des médecins du Canada
Fleur-Ange Lefebvre, directrice générale et chef de la direction.

11 février 2008

Statistique Canada
René Morissette, directeur adjoint à la recherche, Division de
l'analyse des entreprises et du marché du travail;
Garnett Picot, directeur général, Analyse socio-économique et
commerciale;
Ted Wannell, directeur adjoint, Division de l'analyse des
enquêtes auprès des ménages et sur le travail.

À titre personnel
John Myles, chaire de recherche et professeur de sociologie,
Université de Toronto.
Derek Hum, professeur de sociologie, Université de Montréal.

Ressources humaines et Développement social Canada
Maxime Fougère, directeur adjoint, Prévisions et recherche sur le
marché de travail.

Informetrica Limited

Richard Shillington, conseiller délégué principal.

Women Elders in Action

Alice West, présidente;

Elsie Dean, attachée de recherche;

Jan Westlund, coordinatrice.

Liste des témoins : Première session trente- neuvième législature

27 novembre 2006

Statistique Canada

Pamela White, directrice, Division de la démographie;
Laurent Martel, analyste, Section de la recherche et de l'analyse.

À titre personnel

Byron Spencer, professeur d'économie, Université McMaster.

Organisation nationale de la santé autochtone

Carole Lafontaine, présidente-directrice générale intérimaire;
Mark Buell, gestionnaire, Politiques et communications.

Conseil consultatif national sur le troisième âge

Robert Dobie, président intérimaire;
Margaret Gillis, directrice, Division du vieillissement et des aînés,
Centre de développement de la santé humaine, Agence de santé
publique du Canada.

À titre personnel

Douglas Durst, professeur, Faculté de travail social, Université
de Regina.

4 décembre 2006

Ressources humaines et Développement social Canada

Peter Hicks, directeur exécutif, Analyse stratégique, vérification
et évaluation;
John Connolly, directeur, Division des partenariats, Direction du
développement communautaire et des partenariats;
Marla Israel, directrice, Politique et accords internationaux,
Secrétariat des politiques sur les aînés et les pensions.

Agence de santé publique du Canada

Margaret Gillis, directrice, Division du vieillissement et des
personnes âgées.

Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Leslie MacLean, directrice générale, Services de santé non assurés;

Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique.

Affaires indiennes et du Nord Canada

Havelin Anand, directrice générale, Direction générale de la politique sociale et des programmes.

Anciens Combattants Canada

Bryson Guptill, directeur général, Politique en matière de programmes et de services.

Société canadienne d'hypothèques et de logement

Douglas Stewart, vice-président, Planification des politiques.

Secrétariat du Conseil du Trésor

Dan Danagher, directeur exécutif, Relations de travail et opérations de rémunération.

Agence de gestion des ressources humaines de la fonction publique du Canada

Cecilia Muir, directrice générale, Renouvellement et diversité de la fonction publique.

11 décembre 2006

Association du Canada pour les gens de 50 ans et plus (CARP)

Judy Cutler, directrice des Relations gouvernementales;

Taylor Alexander, consultant en politique sur le vieillissement et en soins continus.

Légion royale canadienne

Jack Frost, président national;

Pierre Allard, directeur, Bureau d'entraide.

Fédération internationale du vieillissement

Jane Barratt, secrétaire générale.

Instituts de recherche en santé du Canada

Anne Martin-Matthews, directrice scientifique, Institut du vieillissement.

Association canadienne de gérontologie

Sandra P. Hirst, présidente.

Initiative nationale pour le soin des personnes âgées

Lynn McDonald, directrice scientifique.

12 février 2007

Ressources humaines et Développement social Canada

Peter Hicks, directeur exécutif, Analyse stratégique, vérification et évaluation.

19 février 2007

À titre personnel

Victor Marshall, professeur de sociologie, Institut sur le vieillissement, University of North Carolina.

Susan Kirkland, professeure, Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement, Université Dalhousie.

Projet de recherche sur les politiques

Terrence Hunsley, directeur principal du projet.

Statistique Canada

Geoff Rowe, conseiller principal – microsimulation.

19 mars 2007

À titre personnel

Jacques Légaré, professeur émérite de démographie, Université de Montréal.

Marcel Mérette, professeur agrégé en science économique, Université d'Ottawa.

Neena L. Chappell, chaire de recherche du Canada en gérontologie sociale et professeure en sociologie et Centre du vieillissement, Université de Victoria.

Gloria Gutman, professeure de gérontologie, Université Simon Fraser, et directrice du Dr Tong Louie Living Laboratory.

26 mars 2007

Statistique Canada

Leroy Stone, directeur général associé, Analyse du travail non rémunéré.

Danielle Zietsma, économiste principale, Division de la statistique du travail.

Conference Board du Canada

Paul Darby, économiste en chef adjoint.

Association des comptables généraux accrédités du Canada

Rock Lefebvre, vice-président, Recherche et normalisation.

À titre personnel

Derwyn Sangster, anciennement directeur, patronat, Centre syndical et patronal du Canada.

Brigid Hayes, anciennement directrice, syndicats, Centre syndical et patronal du Canada.

Monica Townson, expert-conseil en économie.

7 mai 2007

Fédération internationale du Vieillissement

Jane Barratt, secrétaire générale.

Organisation de coopération et de développement économiques

Monika Queisser, experte en démographie du vieillissement, Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales.

Projet Healthy Ageing

Karin Beresson, gestionnaire de projet;

Barbro Westerholm, députée (Suède) et participante au projet Healthy Ageing.

Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s

Dianne Austin, directrice exécutive nationale.

Creative Retirement Manitoba

Marjorie Wood, directrice.

International Council on Active Aging
Colin Milner, président-directeur général.

14 mai 2007

Assemblée des Premières Nations
Elmer Courchene, aîné;
Richard Jock, président-directeur général.

Ralliement national des Métis
Don Fiddler, conseiller principal en politiques.

Inuit Tapiriit Kanatami
Okalik Eegeesiak, directrice, Développement socioéconomique;
Jennifer Forsyth, conseillère technique en santé;
Maria Wilson, coordinatrice de projets.

Pauktuutit Inuit Women of Canada
Jennifer Dickson, directrice générale.

Association nationale des centres d'amitié autochtones
Peter Dinsdale, directeur général;
Alfred Gay, analyste en politique.

Aboriginal Seniors Resource Centre of Winnipeg
Thelma Meade, directrice générale.

28 mai 2007

Société Alzheimer du Canada
Dale Goldhawk, président du conseil d'administration;
Scott Dudgeon, président-directeur général.

Advocacy Centre for the Elderly
Judith A. Wahl, directrice générale.

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées
Faith Malach, directrice générale.

Conseil ethnoculturel du Canada
Anna Chiappa, directrice générale.

Fédération des aînées et aînés francophones du Canada
Jean-Luc Racine, directeur général.

Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aîné(e)s

Alison Leaney, présidente du conseil d'administration;
Charmaine Spencer, membre du conseil d'administration.

4 juin 2007

L'honorable Marjory LeBreton, C.P., leader du gouvernement au Sénat et secrétaire d'État (Aînés).

Conseil national des aînés
Jean-Guy Soulière, président.

Ressources humaines et Développement social Canada
Susan Scotti, sous-ministre adjointe principale, Direction générale de la sécurité du revenu et de développement social.

Conférence des Tables régionales de concertation des aînés du Québec
Jean-Guy Saint-Gelais, secrétaire et ex-président.

11 juin 2007

À titre personnel

Janice M. Keefe, titulaire d'une Chaire de recherche du Canada sur les politiques relatives au vieillissement et à la prestation des soins et directrice du Nova Scotia Centre on Aging, Université Mount Saint Vincent.

Coalition canadienne des aidantes et aidants naturels
Palmier Stevenson-Young, présidente.

Group of IX
Bernie LaRusic, vice-président.

À titre personnel

Judy Lynn Richard, professeure adjointe, Département de sociologies et anthropologie, Université de l'Île-du-Prince Édouard.

18 juin 2007

Association canadienne des soins palliatifs
Sharon Baxter, directrice générale;
Lawrence Librach, vice-président.

Projet Pallium
Michael Aherne, directeur, Développement de l'initiative.

Association canadienne de soins et services à domicile
Nadine Henningsen, directrice générale.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Monday, April 7, 2008

Université de Montréal:

Dr. François Béland, Full Professor.

Health Council of Canada:

Donald Juzwishin, Chief Executive Officer.

Canadian Hospice Palliative Care Association:

Sharon Baxter, Executive Director.

Canadian Institutes of Health Research:

Anne Martin-Matthews, Scientific Director, Institute of Aging.

As an individual (by videoconference):

Marcus J. Hollander, President, Hollander Analytical Services Ltd.

Alzheimer Society of Canada:

Patricia Wilkinson, Manager, Media and Government Relations;

Betty Brousse, Volunteer.

TÉMOINS

Le lundi 7 avril 2008

Université de Montréal :

Dr François Béland, professeur titulaire.

Conseil canadien de la santé :

Donald Juzwishin, chef de la direction.

Association canadienne des soins palliatifs :

Sharon Baxter, directrice générale.

Instituts de recherche en santé du Canada :

Anne Martin-Matthews, directrice scientifique, Institut du vieillissement.

À titre personnel (par vidéoconférence) :

Marcus J. Hollander, président, Hollander Analytical Services Ltd.

Société Alzheimer du Canada :

Patricia Wilkinson, chef de services. Médias et communications;

Betty Brousse, bénévole.





Second Session
Thirty-ninth Parliament, 2007-08

Deuxième session de la
trente-neuvième législature, 2007-2008

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Special
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur le*

Aging

Vieillessement

Chair:

The Honourable SHARON CARSTAIRS, P.C.

Présidente :

L'honorable SHARON CARSTAIRS, C.P.

Monday, April 14, 2008
Monday, April 28, 2008
Monday, May 5, 2008

Le lundi 14 avril 2008
Le lundi 28 avril 2008
Le lundi 5 mai 2008

Issue No. 6

Fascicule n° 6

Tenth, eleventh and twelfth meetings on:
Special study on aging

Dixième, onzième et douzième réunions concernant :
L'étude spéciale sur le vieillissement

INCLUDING:
THE FOURTH REPORT OF THE COMMITTEE
(Budget 2008-09)

Y COMPRIS :
LE QUATRIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(Le budget 2008-2009)

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE SPECIAL SENATE COMMITTEE ON
AGING

The Honourable Sharon Carstairs, P.C., *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

Chaput	Keon
Cordy	* LeBreton, P.C.
Cools	(or Comeau)
* Hervieux-Payette, P.C.	Mercer
(or Tardif)	Stratton

*Ex officio members

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR
LE VIEILLISSEMENT

Présidente : L'honorable Sharon Carstairs, C.P.

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon
et

Les honorables sénateurs :

Chaput	Keon
Cordy	* LeBreton, C.P.
Cools	(ou Comeau)
* Hervieux-Payette, C.P.	Mercer
(ou Tardif)	Stratton

* Membres d'office

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Monday, April 14, 2008
(11)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:34 p.m., in room 9, Victoria Building, the deputy chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Chaput, Cools, Cordy, Keon, Mercer and Stratton (6).

In attendance: Julie Cool, Philippe Le Goff and Havi Echenberg, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.*)

WITNESSES:

Queen's University:

Kathleen Lahey, Law Professor.

Federal Superannuates National Association:

Francis Bowkett, Executive Director;

Bernard Dussault, Senior Research and Communications Officer.

McMaster University:

Michael Veall, Professor and Chair, Department of Economics.

Informetrica Ltd.:

Bob Baldwin, Senior Associate.

As an individual (by videoconference):

Kevin Milligan, Assistant Professor of Economics, University of British Columbia.

The deputy chair made a statement.

Mr. Milligan, Ms. Lahey, Mr. Bowkett, Mr. Veall and Mr. Baldwin each made a presentation and, with Mr. Dussault, answered questions.

It was agreed that staff be permitted to remain in the room for the in camera portion of the meeting.

At 2:25 p.m., the committee suspended.

At 2:31 p.m., the committee resumed and pursuant to rule 92(2)(e), proceeded in camera to discuss a draft agenda.

At 2:43 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le lundi 14 avril 2008
(11)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 34, dans la salle 9 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*vice-président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Chaput, Cools, Cordy, Keon, Mercer et Stratton (6).

Également présents : Julie Cool, Philippe Le Goff et Havi Echenberg, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son étude des répercussions du vieillissement de la société au Canada. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Université Queen's :

Kathleen Lahey, professeure de droit.

Association nationale des retraités fédéraux :

Francis Bowkett, directeur exécutif;

Bernard Dussault, agent principal de recherche et de communications.

Université McMaster :

Michael Veall, professeur et président, Département d'économie.

Informetrica Ltd. :

Bob Baldwin, associé principal.

À titre personnel (par vidéoconférence) :

Kevin Milligan, professeur adjoint d'économie, Université de la Colombie-Britannique.

Le vice-président fait une déclaration liminaire.

M. Milligan, Mme Lahey, ainsi que MM. Bowkett, Veall et Baldwin font chacun une déclaration puis, aidés de M. Dussault, répondent aux questions.

Il est convenu de permettre au personnel de rester dans la salle pendant la portion de la séance à huis clos.

À 14 h 25, la séance est interrompue.

À 14 h 31, la séance reprend. Conformément l'alinéa 92(2)e du Règlement, le comité examine une ébauche de programme.

À 14 h 43, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, Monday, April 28, 2008
(12)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:34 p.m., in room 9, Victoria Building, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cools, Keon and Mercer (5).

In attendance: Julie Cool and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.)

WITNESSES:

As individuals:

Donald Paterson, Professor, School of Kinesiology, Faculty of Health Sciences, University of Western Ontario.

Elaine Gallagher, Director, Centre on Aging, University of Victoria.

Alberta Centre for Active Living:

Chad Witcher, Representative.

Canadian Urban Institute:

Glenn Miller, Director, Education and Research.

Seniors College of Prince Edward Island:

Ian Scott, President.

Volunteer Canada:

Ruth MacKenzie, President.

The chair made a statement.

Mr. Paterson, Ms. Gallagher, Mr. Witcher, Mr. Miller, Mr. Scott and Ms. MacKenzie each made a presentation and answered questions.

It was agreed that staff be permitted to remain in the room for the in camera portion of the meeting.

At 2:36 p.m., the committee suspended.

At 2:42 p.m., the committee resumed and pursuant to rule 92(2)(e), proceeded in camera to discuss a draft agenda.

At 3:06 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, le lundi 28 avril 2008
(12)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 34, dans la salle 9 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cools, Keon et Mercer (5).

Également présents : Julie Cool et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le Comité poursuit son examen des répercussions du vieillissement de la société au Canada. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du Comité.*)

TÉMOINS :

À titre personnel :

Donald Paterson, professeur, École de kinésiologie, Faculté des sciences de la santé, Université de l'Ouest de l'Ontario.

Elaine Gallagher, directrice, Centre sur le vieillissement, Université de Victoria.

Alberta Centre for Active Living :

Chad Witcher, représentant.

Canadian Urban Institute :

Glen Miller, directeur, Éducation et recherche.

Seniors College of Prince Edward Island :

Ian Scott, président.

Bénévole Canada :

Ruth MacKenzie, présidente.

La présidente fait une déclaration liminaire.

M. Paterson, Mme Gallagher, MM. Witcher, Miller, Scott et Mme MacKenzie font chacun une déclaration, puis répondent aux questions.

Il est convenu de permettre au personnel de demeurer dans la salle pendant la portion de la séance à huis clos.

À 14 h 36, la séance est interrompue.

À 14 h 42, la séance reprend. Conformément à l'alinéa 92(2)e du Règlement, le comité se réunit à huis clos pour examiner une ébauche de programme.

À 13 h 6, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, Monday, May 5, 2008
(13)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:32 p.m., in room 9, Victoria Building, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Keon, Mercer and Stratton (5).

In attendance: Julie Cool and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (For complete text of the order of reference, see *proceedings of the committee, Issue No. 1.*)

WITNESSES:

As individuals:

Joe Ruggeri, Professor, Department of Economics, University of New Brunswick.

Byron Spencer, Professor of Economics, McMaster University.

Canadian Centre for Policy Alternatives (by videoconference):

Marc Lee, Senior Economist.

The chair made a statement.

Mr. Lee, Mr. Spencer and Mr. Ruggeri each made a presentation and answered questions.

It was agreed that staff be permitted to remain in the room for the in camera portion of the meeting.

At 2:10 p.m., the committee suspended.

At 2:13 p.m., the committee resumed and pursuant to rule 92(2)(e), proceeded in camera to discuss a draft agenda.

At 2:18 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

La greffière du comité,

Keli Hogan

Clerk of the Committee

OTTAWA, le lundi 5 mai 2008
(13)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 32, dans la salle 9 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Keon, Mercer et Stratton (5).

Également présents : Julie Cool et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son examen des répercussions du vieillissement de la société au Canada. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

À titre personnel :

Joe Ruggeri, professeur, Département d'économie, Université du Nouveau-Brunswick.

Byron Spencer, professeur d'économie, Université McMaster.

Centre canadien de politiques alternatives (par vidéoconférence) :

Marc Lee, économiste principal.

La présidente fait une déclaration liminaire.

MM. Lee, Spencer et Ruggeri font chacun une déclaration, puis répondent aux questions.

Il est convenu de permettre au personnel de demeurer dans la salle pendant la portion de la séance à huis clos.

À 14 h 10, la séance est interrompue.

À 14 h 13, la séance reprend. Conformément à l'alinéa 92(2)e du Règlement, le comité se réunit à huis clos pour examiner une ébauche de programme.

À 14 h 18, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

REPORT OF THE COMMITTEE

Thursday, April 10, 2008

The Special Senate Committee on Aging has the honour to present its

FOURTH REPORT

Your committee, which was authorized by the Senate on Thursday, November 1, 2007, to examine and report upon the implications of an aging society in Canada, respectfully requests that it be empowered to adjourn from place to place within Canada and to travel inside Canada for the purpose of its study.

Pursuant to Chapter 3:06, section 2(1)(c) of the *Senate Administrative Rules*, the budget submitted to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration and the report thereon of that committee are appended to this report.

Respectfully submitted,

Le vice-président,

WILBERT J. KEON

Deputy Chair

RAPPORT DU COMITÉ

Le jeudi 10 avril 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement a l'honneur de présenter son

QUATRIÈME RAPPORT

Votre comité, qui a été autorisé par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007 à examiner et d'en faire rapport les incidences du vieillissement de la société canadienne, demande respectueusement que le comité soit autorisé à s'ajourner d'un lieu à l'autre au Canada et de voyager à l'intérieur du Canada, aux fins de ses travaux.

Conformément au Chapitre 3:06, section 2(1)(c) du *Règlement administratif du Sénat*, le budget présenté au Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration ainsi que le rapport s'y rapportant sont annexés au présent rapport.

Respectueusement soumis,

**SPECIAL SENATE COMMITTEE
ON AGING**

**APPLICATION FOR BUDGET AUTHORIZATION
FOR THE FISCAL YEAR ENDING MARCH 31, 2009**

Extract from the *Journals of the Senate* of Thursday, November 1, 2007:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator Carstairs, P.C., seconded by the Honourable Senator Fairbairn, P.C.:

That a Special Committee of the Senate be appointed to examine and report upon the implications of an aging society in Canada;

That, pursuant to rule 85(1)(b), the committee be comprised of seven members, to be nominated by the Committee of Selection and that three members constitute a quorum;

That the Committee examine the issue of aging in our society in relation to, but not limited to:

- promoting active living and well being;
- housing and transportation needs;
- financial security and retirement;
- abuse and neglect;
- health promotion and prevention; and
- health care needs, including chronic diseases, medication use, mental health, palliative care, home care and caregiving;

That the Committee review public programs and services for seniors, the gaps that exist in meeting the needs of seniors, and the implications for future service delivery as the population ages;

That the Committee review strategies on aging implemented in other countries;

That the Committee review Canada's role and obligations in light of the 2002 Madrid International Plan of Action on Ageing;

That the Committee consider the appropriate role of the federal government in helping Canadians age well;

That the Committee have power to send for persons, papers and records, to examine witnesses, to report from time to time and to print such papers and evidence from day to day as may be ordered by the Committee;

**COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL
SUR LE VIEILLISSEMENT**

**DEMANDE D'AUTORISATION DE BUDGET POUR
L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT
LE 31 MARS 2009**

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 1^{er} novembre 2007 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Carstairs, C.P., appuyée par l'honorable sénateur Fairbairn, C.P.,

Qu'un comité spécial du Sénat soit chargé d'examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et d'en faire rapport;

Que, en conformité avec l'article 85(1)b) du Règlement, le comité soit composé de sept membres, désignés par le Comité de sélection, et que trois membres constituent le quorum;

Que le comité examine la question du vieillissement dans notre société sur divers plans notamment :

- la promotion de la vie active et du bien-être;
- les besoins en matière de logement et de transport;
- la sécurité financière et la retraite;
- les mauvais traitements et la négligence;
- la promotion de la santé et la prévention;
- les besoins en matière de soins de santé, y compris en ce qui touche les maladies chroniques, la consommation de médicaments, la santé mentale, les soins palliatifs, les soins à domicile et la prestation de soins;

Que le comité examine les programmes et les services publics destinés aux aînés, les lacunes qu'il faut corriger pour répondre aux besoins des aînés, et les incidences du vieillissement de la population sur la prestation future des services;

Que le comité examine des stratégies sur le vieillissement mises en œuvre dans d'autres pays;

Que le comité examine le rôle et les obligations du Canada découlant du Plan d'action international sur le vieillissement des populations, établi à Madrid en 2002;

Que le comité se penche sur le rôle que doit jouer le gouvernement fédéral pour aider les Canadiens à bien vieillir;

Que le comité soit habilité à convoquer des personnes, à obtenir des documents et des dossiers, à interroger des témoins, à faire rapport de temps à autre et à faire imprimer au jour le jour les documents et témoignages dont il peut ordonner l'impression;

That the Committee be authorized to permit coverage by electronic media of its public proceedings with the least possible disruption of its hearings;

That, pursuant to rule 95(3)(a), the Committee be authorized to meet during periods that the Senate stands adjourned for a period exceeding one week;

That the papers and evidence received and taken and work accomplished by the Committee on this subject during the First Session of the Thirty-ninth Parliament be referred to the Committee;

That the Committee submit its final report no later than June 30, 2008, and that the Committee retain all powers necessary to publicize its findings until 90 days after the tabling of the final report;

And on the motion in amendment of the Honourable Senator Comeau, seconded by the Honourable Senator Tkachuk, that the motion be amended by replacing the words "June 30, 2008" with "March 31, 2008" in the last paragraph.

The question being put on the main motion, as amended, it was adopted.

Extract from the Journals of the Senate of Thursday, February 28, 2008:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator Carstairs, P.C., seconded by the Honourable Senator Cowan:

That, notwithstanding the order of the Senate adopted on November 1, 2007, the date for the presentation of the final report by the Special Senate Committee on Aging on the implications of an aging society in Canada be extended from March 31, 2008, to September 30, 2008 and that the committee retain all powers necessary to publicize its findings until 90 days after the tabling of the final report.

The question being put on the motion, it was adopted.

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

Que le comité soit autorisé à permettre aux médias d'information électroniques de diffuser ses délibérations publiques en dérangeant le moins possible ses audiences;

Que, conformément à l'article 95(3)a) du Règlement, le comité soit autorisé à se réunir pendant les périodes où le Sénat est ajourné pendant plus d'une semaine;

Que les documents reçus, les témoignages entendus, et les travaux accomplis par le comité sur ce sujet au cours de la première session de la trente-neuvième législature soient renvoyés au comité;

Que le comité présente son rapport final au plus tard le 30 juin 2008, et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions dans les 90 jours suivant le dépôt du rapport final;

Et sur la motion d'amendement de l'honorable sénateur Comeau, appuyée par l'honorable sénateur Tkachuk, que l'on modifie la motion en substituant aux mots « le 30 juin 2008 » les mots « le 31 mars 2008 » au dernier paragraphe.

La motion principale, telle que modifiée, mise aux voix, est adoptée.

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 28 février 2008 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Carstairs, C.P., appuyée par l'honorable sénateur Cowan,

Que, par dérogation à l'ordre adopté par le Sénat le 1er novembre 2007, la date pour la présentation du rapport final du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, sur les incidences du vieillissement de la société canadienne, soit reportée du 31 mars 2008 au 30 septembre 2008 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions dans les 90 jours suivant le dépôt du rapport final

La motion, mise aux voix, est adoptée.

SUMMARY OF EXPENDITURES

Professional and Other Services	\$ 112,150
Transportation and Communications	362,360
All Other Expenditures	<u>49,500</u>
TOTAL	\$ 524,010

The above budget was approved by the Special Senate Committee on Aging on Tuesday, April 1, 2008.

The undersigned or an alternate will be in attendance on the date that this budget is considered.

Date

SHARON CARSTAIRS, P.C.
Chair, Special Senate Committee on Aging

Date

GEORGE J. FUREY
Chair, Standing Senate Committee on
Internal Economy, Budgets and
Administration

SOMMAIRE DES DÉPENSES

Services professionnels et autres	112 150 \$
Transports et communications	362 360
Autres dépenses	<u>49 500</u>
TOTAL	524 010 \$

Le budget ci-dessus a été approuvé par le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement le mardi 1^{er} avril 2008.

Le soussigné ou son remplaçant assistera à la séance au cours de laquelle le présent budget sera étudié.

Date

SHARON CARSTAIRS, C.P.
Présidente du Comité sénatorial spécial sur
le vieillissement

Date

GEORGE J. FUREY
Président du Comité permanent de la régie
interne, des budgets et de l'Administration

**SPECIAL SENATE COMMITTEE
ON AGING**

**EXPLANATION OF BUDGET ITEMS
APPLICATION FOR BUDGET AUTHORIZATION
FOR THE FISCAL YEAR ENDING MARCH 31, 2009**

GENERAL EXPENSES

PROFESSIONAL AND OTHER SERVICES

1.	Consultant (0430) (Sole Source) Michelle MacDonald (34 days, \$ 875/day)	\$ 29,750	
2.	Research Assistant (0430)	\$ 5,000	
3.	Working meals (0415) (20 meals, \$ 400/meal)	\$ 8,000	
4.	Hospitality - general (0410)	\$ 1,000	
	Sub-total		\$ 43,750

TRANSPORTATION AND COMMUNICATIONS

1.	Courier Charges (0261)	\$ 1,500	
	Sub-total		\$ 1,500

ALL OTHER EXPENDITURES

1.	Books, periodicals and subscriptions (0702)	\$ 1,000	
	Sub-total		\$ 1,000

Total of General Expenses **\$ 46,250**

ACTIVITY 1: ONTARIO – May, 2008

Fact-finding and public hearing to Welland, Ontario

7 Senators, 11 staff (1 clerk, 1 administrative assistant,
1 legislative clerk, 2 analysts, 1 consultant, 1 media relation,
3 interpreters and 1 French reporter) 2 days

PROFESSIONAL AND OTHER SERVICES

1.	Reporting/transcribing (0403) (1 day, \$ 3,000/day)	\$ 3,000	
2.	Technical services (0411) (1 day, \$ 3,000/day)	\$ 3,000	
3.	Working lunches (0415) (1 lunch, \$ 400/lunch)	\$ 400	
4.	Working dinners (0415) (1 dinner, \$ 500/dinner)	\$ 500	
	Sub-total		\$ 6,900

TRANSPORTATION AND COMMUNICATIONS**TRAVEL**

1.	Senator's per diem (0221) (7 senators, 2 days, \$ 80/day)	\$ 1,120
2.	Senator's accommodation (0222) (7 senators, 1 night, \$ 350/night)	\$ 2,450
3.	Senator's transportation (0224) (Business class, 7 senators x \$1,500)	\$ 10,500
4.	Staff per diem (0225) (11 staff, 2 days, \$ 80/day)	\$ 1,760
5.	Staff accommodation (0226) (11 staff, 1 night, \$ 350/night)	\$ 3,850
6.	Staff transportation (0227) (Economy class, 11 staff x \$ 1,400)	\$ 15,400
7.	Ground transportation (0228) – taxi (18 participants, 1 day, \$ 100/day)	\$ 1,800
8.	Ground transportation (0228) - bus rental	\$ 2,000
Sub-total		\$ 38,880

ALL OTHER EXPENDITURES**OTHER**

1.	Miscellaneous costs on travel (0229) (2 days x \$ 500 /day)	\$ 1,000
2.	Advertising (0319)	\$ 3,500

RENTALS

1.	Rental office space (meeting room) (0540) (1 day, \$ 1,000/day)	\$ 1,000
Sub-total		\$ 5,500

Total of Activity 1**\$ 51,280****ACTIVITY 2: EASTERN TRIP – May, 2008****Fact-finding and public hearing to Moncton and Halifax**

7 Senators, 11 staff (1 clerk, 1 administrative assistant,
1 legislative clerk, 2 analysts, 1 consultant, 1 media relation,
3 interpreters and 1 French reporter) 4 days

PROFESSIONAL AND OTHER SERVICES

1.	Reporting/transcribing (0403) (2 days, \$ 3,000/day)	\$ 6,000
2.	Technical services (0411) (2 day, \$ 3,000/day)	\$ 6,000
3.	Working lunches (0415) (3 lunches, \$ 400/lunch)	\$ 1,200
4.	Working dinners (0415) (2 dinners, \$ 500/dinner)	\$ 1,000
Sub-total		\$ 14,200

TRANSPORTATION AND COMMUNICATIONS**TRAVEL**

1.	Senator's per diem (0221) <i>(7 senators, 4 days, \$ 80/day)</i>	\$ 2,240
2.	Senator's transportation (0224) <i>(Business class, 7 Senators x \$3,000)</i>	\$ 21,000
3.	Senator's accommodation (0222) <i>(7 Senators, 3 nights, \$ 350/night)</i>	\$ 7,350
4.	Staff per diem (0225) <i>(11 staff, 4 days, \$ 80/day)</i>	\$ 3,520
5.	Staff transportation (0227) <i>(Economy class, 11 staff x \$ 2,500)</i>	\$ 27,500
6.	Staff accommodation (0226) <i>(11 staff, 3 nights, \$ 350/night)</i>	\$ 11,550
7.	Ground transportation (0228) <i>(18 participants, 4 days, \$ 100/day)</i>	\$ 7,200
8.	Ground transportation (0228) - bus rental	\$ 2,000
Sub-total		\$ 82,360

ALL OTHER EXPENDITURES**OTHER**

1.	Miscellaneous costs on travel (0229) <i>(4 days x \$ 500 /day)</i>	\$ 2,000
1.	Advertising (0319)	\$ 3,500

RENTALS

1.	Rental office space (meeting rooms) (0540) <i>(2 days, \$ 1,000/day)</i>	\$ 2,000
Sub-total		\$ 7,500

Total of Activity 2**\$ 104,060****ACTIVITY 3 – QUEBEC – May, 2008****Fact-finding and public hearing to Sherbrooke, Quebec**

7 Senators, 11 staff (1 clerk, 1 administrative assistant,
1 legislative clerk, 2 analysts, 1 consultant, 1 media relation,
3 interpreters and 1 French reporter) 2 days

PROFESSIONAL AND OTHER SERVICES

1.	Reporting/transcribing (0403) <i>(1 day, \$ 3,000/day)</i>	\$ 3,000
2.	Technical services (0411) <i>(1 day, \$ 3,000/day)</i>	\$ 3,000
3.	Working lunch (0415) <i>(1 lunch, \$ 400/lunch)</i>	\$ 400
4.	Working dinners (0415) <i>(1 dinner, \$ 500/dinner)</i>	\$ 500
Sub-total		\$ 6,900

TRANSPORTATION AND COMMUNICATIONS**TRAVEL**

1.	Senator's per diem (0221) (7 senators, 2 days, \$ 80/day)	\$ 1,120	
2.	Senator's accommodation (0222) (7 senators, 1 night, \$ 350/night)	\$ 2,450	
3.	Senator's transportation (0224) (Business class, 7 Senators x \$2,000)	\$ 14,000	
4.	Staff per diem (0225) (11 staff, 2 days, \$ 80/day)	\$ 1,760	
5.	Staff accommodation (0226) (11 staff, 1 night, \$ 350/night)	\$ 3,850	
6.	Staff transportation (0227) (Economy class, 11 staff x \$ 1,700)	\$ 18,700	
7.	Ground transportation (0228) taxi (18 participants, 2 days, \$ 100/day)	\$ 3,600	
8.	Ground transportation (0228) Bus rental	\$ 2,000	
Sub-total			\$ 47,480

ALL OTHER EXPENDITURES**OTHER**

1.	Miscellaneous costs on travel (0229) (2 days x \$ 500 /day)	\$ 1,000	
2.	Advertising (0319)	\$ 3,500	

RENTALS

1.	Rental office space (meeting room) (0540) (1 day, \$ 1,000/day)	\$ 1,000	
Sub-total			\$ 5,500

Total of Activity 3 **\$ 59,880**

ACTIVITY 4: WEST COAST TRIP – June, 2008

**Fact-finding and public hearings to St. Anne (Manitoba),
Vancouver and Victoria**

7 Senators, 11 staff (1 clerk, 1 administrative assistant,
1 legislative clerk, 2 analysts, 1 consultant, 1 media relation,
3 interpreters and 1 French reporter) 6 days

PROFESSIONAL AND OTHER SERVICES

1.	Reporting/transcribing (0403) (4 days, \$ 3,000/day)	\$ 12,000	
2.	Technical services (0411) (4 days, \$ 3,000/day)	\$ 12,000	
3.	Working lunches (0415) (4 lunches, \$ 400/lunch)	\$ 1,600	
4.	Working dinners (0415) (4 dinners, \$ 500/dinner)	\$ 2,000	
Sub-total			\$ 27,600

TRANSPORTATION AND COMMUNICATIONS**TRAVEL**

1.	Senator's per diem (0221) (7 senators, 6 days, \$ 80/day)	\$ 3,360	
2.	Senator's accommodation (0222) (7 senators, 5 nights, \$ 350/night)	\$ 12,250	
3.	Senator's transportation (0224) (Business class, 7 senators x \$ 4,600)	\$ 32,200	
4.	Staff per diem (0225) (11 staff, 6 days, \$ 80/day)	\$ 5,280	
5.	Staff accommodation (0226) (11 staff, 5 nights, \$ 350/night)	\$ 19,250	
6.	Staff transportation (0227) (Economy class, 11 staff x \$ 4,000)	\$ 44,000	
7.	Ground transportation (0228) (18 participants, 6 days, \$ 100/day)	\$ 10,800	
Sub-total			\$ 127,140

ALL OTHER EXPENDITURES**OTHER**

1.	Miscellaneous costs on travel (0229) (6 days x \$ 500 /day)	\$ 3,000	
2.	Advertising (0319)	\$ 20,000	

RENTALS

1.	Rental office space (meeting rooms) (0540) (3 days, \$ 1,000/day)	\$ 3,000	
Sub-total			\$ 26,000

Total of Activity 4 **\$ 180,740**

ACTIVITY 5: CONFERENCES

Funds allocated to allow for one or more members of the committee or any staff, to participate in different conferences related to its mandate.

CONFERENCES :**PROFESSIONAL AND OTHER SERVICES**

1.	Conference fees (0406) (4 conferences, 2 participants x \$ 1,600)	\$ 12,800	
Sub-total			\$ 12,800

TRANSPORTATION AND COMMUNICATIONS**TRAVEL**

1.	Senator's per diem (0221) (2 participants, 4 conferences, 4 days, \$ 100/day)	\$ 3,200	
2.	Senator's accommodation (0222) (2 participants, 4 conferences, 3 nights, \$ 400/night)	\$ 9,600	

3.	Senator's transportation (0224) (2 participants, 4 conferences x \$ 6,000)	\$ 48,000	
4.	Ground transportation (0228) (2 participants, 4 conferences, 4 days, \$ 100/day)	\$ 3,200	
	TELECOMMUNICATION		
1.	International telephone charges (0275)	\$ 1,000	
	Sub-total		\$ 65,000

ALL OTHER EXPENDITURES

	OTHER		
1.	Miscellaneous costs on travel (0229) (16 days x \$ 250 /day)	\$ 4,000	
	Sub-total		\$ 4,000

Total of Conferences \$ 81,800

Total for activity 5 \$ 81,800

GRAND TOTAL \$ 524,010

The Senate administration has reviewed this budget application.

Heather Lank, Principal Clerk, Committees Directorate

Date

Nicole Proulx, Director of Finance

Date

**COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL
SUR LE VIEILLISSEMENT**

**EXPLICATION DES ITEMS BUDGÉTAIRES
DEMANDE D'AUTORISATION DE BUDGET POUR
L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT LE 31 MARS 2009**

DÉPENSES GÉNÉRALES

SERVICES PROFESSIONNELS ET AUTRES

1.	Consultant (0430) (fournisseur exclusif) Michelle MacDonald (34 jours, 875 \$/jour)	29 750 \$	
2.	Assistant de recherche (0430)	5 000 \$	
3.	Repas de travail (0415) (20 repas, 400 \$/repas)	8 000 \$	
4.	Hospitalité - général (0410)	1 000 \$	
	Sous-total		43 750 \$

TRANSPORTS ET COMMUNICATIONS

1.	Frais de messagerie (0261)	1 500 \$	
	Sous-total		1 500 \$

AUTRES DÉPENSES

1.	Livres, périodiques et abonnements (0702)	1 000 \$	
	Sous-total		1 000 \$

Total des dépenses générales **46 250 \$**

ACTIVITÉ 1: ONTARIO - Mai 2008

Mission d'étude et audiences publiques à Welland, Ontario

7 Sénateurs, 11 employés (1 greffier, 1 adjointe administrative,
1 greffier législative, 2 analystes, 1 consultant, 1 relation média,
3 interprètes et 1 sténographe français) 2 jours

SERVICES PROFESSIONNELS ET AUTRES

1.	Sténographie/Transcriptions (0403) (1 jour, 3 000 \$/jour)	3 000 \$	
2.	Services technique (0411) (1 jour, 3 000 \$/jour)	3 000 \$	
3.	Repas de travail (0415) (1 dîner, 400 \$/dîner)	400 \$	
4.	Repas de travail (0415) (1 souper, 500 \$/souper)	500 \$	
	Sous-total		6 900 \$

TRANSPORTS ET COMMUNICATIONS**DÉPLACEMENTS**

1.	Indemnité journalière des sénateurs (0221) (7 sénateurs, 2 jours, 80 \$/jour)	1 120 \$
2.	Hébergement des sénateurs (0222) (7 sénateurs, 1 nuit, 350 \$/nuit)	2 450 \$
3.	Transport des sénateurs (0224) (classe affaires, 7 sénateurs x 1 500 \$)	10 500 \$
4.	Indemnité du personnel (0225) (11 employés, 2 jours, 80 \$/jour)	1 760 \$
5.	Hébergement du personnel (0226) (11 employés, 1 nuit, 350 \$/nuit)	3 850 \$
6.	Transport du personnel (0227) (classe économique, 11 employés x 1 400 \$)	15 400 \$
7.	Transport terrestre (0228) – taxi (18 participants, 1 jour, 100 \$/jour)	1 800 \$
8.	Transport terrestre (0228) – Location du bus	2 000 \$

Sous-total 38 880 \$

AUTRES DÉPENSES**AUTRES**

1.	Divers (0229) (2 jours x 500 \$/jour)	1 000 \$
2.	Publicité (0319)	3 500 \$

LOCATIONS

1.	Location d'espace (salle de réunion) (0540) (1 jour, 1 000 \$/jour)	1 000 \$
----	--	----------

Sous-total 5 500 \$

Total de l'activité 1**51 280 \$****ACTIVITÉ 2: VOYAGE DANS L'EST – Mai 2008****Mission d'étude et audiences publiques à Moncton et Halifax**

7 sénateurs, 11 employés (1 greffier, 1 adjointe administrative, 1 greffier législative, 2 analystes, 1 consultant, 1 relation média, 3 interprètes et 1 sténographe français) 4 jours

SERVICES PROFESSIONNELS ET AUTRES

1.	Sténographie/Transcriptions (0403) (2 jours, 3 000 \$/jour)	6 000 \$
2.	Services technique (0411) (2 jours, 3 000 \$/jour)	6 000 \$
3.	Repas de travail (0415) (3 dîners, 400 \$/dîner)	1 200 \$
4.	Repas de travail (0415) (2 soupers, 500 \$/souper)	1 000 \$

Sous-total 14 200 \$

TRANSPORTS ET COMMUNICATIONS**DÉPLACEMENTS**

1.	Indemnité journalière des sénateurs (0221) <i>(7 sénateurs, 4 jours, 80 \$/jour)</i>	2 240 \$
2.	Transport des sénateurs (0224) <i>(classe affaires, 7 sénateurs x 3 000 \$)</i>	21 000 \$
3.	Hébergement des sénateurs (0222) <i>(7 sénateurs, 3 nuits, 350 \$/nuît)</i>	7 350 \$
4.	Indemnité du personnel (0225) <i>(11 employés, 4 jours, 80 \$/jour)</i>	3 520 \$
5.	Transport du personnel (0227) <i>(classe économique, 11 employés x 2 500 \$)</i>	27 500 \$
6.	Hébergement du personnel (0226) <i>(11 employés, 3 nuits, 350 \$/nuît)</i>	11 550 \$
7.	Transport terrestre (0228) <i>(18 participants, 4 jours, 100 \$/jour)</i>	7 200 \$
8.	Transport terrestre (0228) – Location du bus	2 000 \$
Sous-total		82 360 \$

AUTRES DÉPENSES**AUTRES**

1.	Divers (0229) <i>(4 jours x 500 \$ /jour)</i>	2 000 \$
1.	Publicité (0319)	3 500 \$

LOCATIONS

1.	Location d'espace (salles de réunion) (0540) <i>(2 jours, 1 000 \$/jour)</i>	2 000 \$
Sous-total		7 500 \$

Total de l'activité 2**104 060 \$****ACTIVITÉ 3 – QUÉBEC – Mai 2008****Mission d'étude et audiences publiques à Sherbrooke, Québec**

7 sénateurs, 11 employés (1 greffier, 1 adjointe administrative, 1 greffier législative, 2 analystes, 1 consultant, 1 relation média, 3 interprètes et 1 sténographe français) 2 jours

SERVICES PROFESSIONNELS ET AUTRES

1.	Sténographie/Transcriptions (0403) <i>(1 jour, 3000 \$/jour)</i>	3 000 \$
2.	Services technique (0411) <i>(1 jour, 3000 \$/jour)</i>	3 000 \$
3.	Repas de travail (0415) <i>(1 dîner, 400 \$/dîner)</i>	400 \$
4.	Repas de travail (0415) <i>(1 souper, 500 \$/souper)</i>	500 \$
Sous-total		6 900 \$

TRANSPORTS ET COMMUNICATIONS**DÉPLACEMENTS**

1.	Indemnité journalière des sénateurs (0221) <i>(7 sénateurs, 2 jours, 80 \$/jour)</i>	1 120 \$
2.	Hébergement des sénateurs (0222) <i>(7 sénateurs, 1 nuit, 350 \$/nuit)</i>	2 450 \$
3.	Transport des sénateurs (0224) <i>(class affaires, 7 sénateurs x 2 000 \$)</i>	14 000 \$
4.	Indemnité du personnel (0225) <i>(11 employés, 2 jours, 80 \$/jour)</i>	1 760 \$
5.	Hébergement du personnel (0226) <i>(11 employés, 1 nuit, 350 \$/nuit)</i>	3 850 \$
6.	Transport du personnel (0227) <i>(classe économique, 11 employés x 1 700 \$)</i>	18 700 \$
7.	Transport terrestre (0228) taxi <i>(18 participants, 2 jours, 100 \$/jour)</i>	3 600 \$
8.	Transport terrestre (0228) Location de bus	2 000 \$

Sous-total 47 480 \$

AUTRES DÉPENSES**AUTRES**

1.	Divers (0229) <i>(2 jours x 500 \$/jour)</i>	1 000 \$
2.	Publicité (0319)	3 500 \$

LOCATIONS

1.	Location d'espace (salle de réunion) (0540) <i>(1 jour, 1 000 \$/jour)</i>	1 000 \$
----	---	----------

Sous-total 5 500 \$

Total de l'activité 3 59 880 \$

ACTIVITÉ 4: VOYAGE CÔTE DE L'OUEST – Juin 2008

Mission d'étude et audiences publiques à St. Anne (Manitoba),
Vancouver et Victoria

7 Sénateurs, 11 employés (1 greffier, 1 adjointe administrative,
1 greffier législative, 2 analystes, 1 consultant, 1 relation média,
3 interprètes et 1 sténographe français) 6 jours

SERVICES PROFESSIONNELS ET AUTRES

1.	Sténographie/Transcriptions (0403) <i>(4 jours, 3 000 \$/jour)</i>	12 000 \$
2.	Services technique (0411) <i>(4 jours, 3 000 \$/jour)</i>	12 000 \$
3.	Repas de travail (0415) <i>(4 dîners, 400 \$/dîner)</i>	1 600 \$
4.	Repas de travail (0415) <i>(4 soupers, 500 \$/souper)</i>	2 000 \$

Sous-total 27 600 \$

TRANSPORTS ET COMMUNICATIONS**DÉPLACEMENTS**

1.	Indemnité journalière des sénateurs (0221) (7 sénateurs, 6 jours, 80 \$/jour)	3 360 \$
2.	Hébergement des sénateurs (0222) (7 sénateurs, 5 nuits, 350 \$/nuit)	12 250 \$
3.	Transport des sénateurs (0224) (classe affaires, 7 sénateurs x 4 600 \$)	32 200 \$
4.	Indemnité du personnel (0225) (11 employés, 6 jours, 80 \$/jour)	5 280 \$
5.	Hébergement du personnel (0226) (11 employés, 5 nuits, 350 \$/nuits)	19 250 \$
6.	Transport du personnel (0227) (classe économique, 11 employés x 4 000 \$)	44 000 \$
7.	Transport terrestre (0228) (18 participants, 6 jours, 100 \$/jour)	10 800 \$
Sous-total		127 140 \$

AUTRES DÉPENSES**AUTRES**

1.	Divers (0229) (6 jours x 500 \$/jour)	3 000 \$
2.	Publicité (0319)	20 000 \$

LOCATIONS

1.	Locations d'espace (salles de réunion) (0540) (3 jours, 1 000 \$/jour)	3 000 \$
----	---	----------

Sous-total 26 000 \$

Total de l'activité 4 180 740 \$

ACTIVITÉ 5: CONFÉRENCES

Fonds prévus pour permettre à un ou des membres du comité ou du personnel de participer à des événements liés au mandat du comité

CONFÉRENCES :**SERVICES PROFESSIONNELS ET AUTRES**

1.	Frais d'inscription (0406) (4 conférences, 2 participants x 1 600\$)	12 800 \$
Sous-total		12 800 \$

TRANSPORT ET COMMUNICATION**DÉPLACEMENTS**

1.	Indemnité journalière des sénateurs (0221) (2 participants, 4 conférences, 4 jours, 100 \$/jour)	\$ 3 200 \$
2.	Hébergement des sénateurs (0222) (2 participants, 4 conférences, 3 nuits, 400 \$/nuit)	9 600 \$
3.	Transport des sénateurs (0224) (2 participants, 4 conférences x 6 000 \$)	48 000 \$
4.	Transport terrestre (0228)	3 200 \$

(2 participants, 4 conférences, 4 jours,
100 \$/jour)

TÉLÉCOMMUNICATION

1.	Frais d'appels à l'étranger (0275)	1 000 \$	
	Sous-total		65 000 \$

AUTRES DÉPENSES**AUTRES**

1.	Divers (0229)	4 000 \$	
	(16 jours x 250 \$/jour)		
	Sous-total		4 000 \$

Total des Conférences	81 800 \$	
------------------------------	------------------	--

Total de l'Activité 5	81 800 \$	
------------------------------	------------------	--

GRAND TOTAL		524 010 \$
--------------------	--	-------------------

L'administration du Sénat a examiné la présente demande d'autorisation budgétaire.

Heather Lank, greffière principale, Direction des comités

Date

Nicole Proulx, directrice, Finances

Date

APPENDIX (B) TO THE REPORT

Thursday, April 10, 2008

The Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration has examined the budget presented to it by the Special Senate Committee on Aging for the proposed expenditures of the said Committee for the fiscal year ending March 31, 2009 for the purpose of its special study on aging, as authorized by the Senate on Thursday, November 1, 2007. The approved budget is as follows:

Professional and Other Services	\$ 102,480
Transportation and Communications	313,252
All Other Expenditures	<u>46,478</u>
Total	\$ 462,210

(includes funds for fact finding missions, public hearings and participation at conferences)

Respectfully submitted,

Le vice-président,

TERRY STRATTON

Deputy Chair

ANNEXE (B) AU RAPPORT

Le jeudi 10 avril 2008

Le Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration a examiné le budget qui lui a été présenté par le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement concernant les dépenses projetées dudit Comité pour l'exercice se terminant le 31 mars 2009 aux fins de leur étude spéciale sur le vieillissement, tel qu'autorisé par le Sénat le jeudi 1 novembre 2007. Le budget approuvé se lit comme suit:

Services professionnels et autres	102 480 \$
Transports et communications	313 252
Autres dépenses	<u>46 478</u>
Total	462 210 \$

(y compris des fonds pour des missions d'étude, des audiences publiques et pour participer à des conférences)

Respectueusement soumis,

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, April 14, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:34 p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Wilbert J. Keon (*Deputy Chair*) in the chair.

[English]

The Deputy Chair: Honourable senators, today's meeting will focus on options raised in Chapter 3 of our second interim report entitled: *Issues and Options for an Aging Population*, tabled in the Senate on March 11. This chapter deals with issues surrounding older workers, retirement and income security.

Our video equipment is experiencing problems so with permission of all the other witnesses, we will proceed with Kevin Milligan, Assistant Professor of Economics from British Columbia.

Kevin Milligan, Assistant Professor of Economics, University of British Columbia: Thank you for inviting me to speak today. I think this is an important area of public policy. I do not perceive there to be any kind of crisis in the public pension system. Things are not perfect, but steady as you go.

I see this as a good time for reflection and careful planning to make good policy, perhaps away from the heat of day-to-day politics. I see this as a good opportunity and, I think, the Senate report is a good step toward that goal.

I have been asked to prepare comments on Chapter 3 of the report and I will go through my comments methodically addressing the points. First, the incentives provided in both public and private retirement pension systems were mentioned. These are disincentives for labour market participation. I would like to take issue with the indication that the incentives in the Canada Pension Plan are minor. I have done work that suggests for some sets of people there are strong disincentives for work embedded in the Canada Pension Plan and more broadly in the Canadian public pension system. Specifically, the issue comes through with the actuarial adjustment for the Canada Pension Plan. It arises with those who receive both the Guaranteed Income Supplement and the Canada Pension Plan. Those who receive the GIS lose 50 cents on the dollar when they have a dollar of other pension income, including Canada Pension Plan income.

If you delay retirement when you are 61 years of age, you may gain a dollar through the actuarial adjustment mechanism of the Canada Pension Plan. However, when you become 65 years of age, you will lose 50 cents off that dollar through the GIS clawback. That means the actuarial adjustment you receive from ages 60 to 65 for delaying retirement is halved by the impact of the GIS, for those receiving it in retirement. I have done simulations

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 14 avril 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui à 12 h 34 pour examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne.

Le sénateur Wilbert J. Keon (*vice-président*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

Le vice-président : Honorables sénateurs, notre rencontre d'aujourd'hui portera essentiellement sur le chapitre 3 de notre deuxième rapport provisoire intitulé *Une population vieillissante : enjeux et options*, déposé auprès du Sénat le 11 mars. Ce chapitre porte sur les travailleurs âgés, la retraite et la sécurité du revenu.

Nous avons des problèmes avec notre équipement vidéo, alors, si tous les autres témoins le permettent, nous allons maintenant entendre Kevin Milligan, professeur adjoint d'économie de la Colombie-Britannique.

Kevin Milligan, professeur adjoint d'économie, Université de la Colombie-Britannique : Je vous remercie de m'avoir invité à me prononcer aujourd'hui. Je crois qu'il s'agit d'un aspect important de la politique gouvernementale. Je ne pense pas que le système de pensions gouvernemental vive actuellement une crise. La situation n'est pas parfaite, mais les choses vont bien.

Je crois qu'il s'agit d'une bonne occasion pour réfléchir et prendre le temps de planifier afin d'élaborer une bonne politique, et peut-être à l'écart de la fièvre qui caractérise la politique courante. J'estime qu'il s'agit d'une occasion à saisir, et je crois que le rapport du Sénat est un pas dans la bonne direction.

On m'a demandé de formuler des commentaires à propos du chapitre 3 du rapport, et je vais vous les présenter de façon méthodique, un point à la fois. On mentionne d'abord les mesures incitatives prévues par les régimes de pensions de retraite publics et privés. Ces mesures constituent un frein à la participation au marché du travail. J'aimerais parler du fait que le rapport mentionne que les mesures incitatives prévues par le Régime de pensions du Canada ont une faible incidence. Selon certains de mes travaux, le Régime de pensions du Canada, et, de façon plus générale, le système de pensions gouvernemental canadien, comporte des mesures qui peuvent grandement dissuader certains groupes de personnes de travailler. Le problème vient plus particulièrement du rajustement actuariel du Régime de pensions du Canada. Il s'applique quand une personne reçoit le Supplément de revenu garanti en plus d'une pension du Régime de pensions du Canada. Les personnes qui reçoivent le SRG perdent 50 cents pour chaque dollar qu'elles reçoivent sous forme d'un autre revenu de pensions, y compris dans le cadre du Régime de pensions du Canada.

Si vous avez 61 ans et que vous retardez votre retraite, vous pourriez gagner 1 \$ grâce au mécanisme de rajustement actuariel du Régime de pensions du Canada. Cependant, quand vous atteignez l'âge de 65 ans, vous perdrez 50 cents pour chaque dollar à cause de la disposition de récupération du SRG. Cela signifie que le rajustement actuariel dont vous profitez de 60 à 65 ans pour avoir retardé votre retraite est réduit de moitié par le SRG,

in a paper for the C.D. Howe Institute that shows how this kind of incentive can be fairly strong for those at the bottom end of the labour market. Second, an exemption in the Guaranteed Income Supplement was announced in the recent budget. This allows \$3,500 of earned income before one starts to lose the Guaranteed Income Supplement through the clawback mechanism.

The report applauds this move and I endorse it; it is a good start. After age 65 when one starts to receive the GIS, if eligible, there was a very strong disincentive to work even a few hours a week. You started to lose your GIS cheque, again, through the clawback mechanism.

In the survey evidence, we see a strong preference to work part-time among seniors who want to work and who choose to work. However, because of the high implicit tax rate through the GIS, it was not happening very much. This new exemption is a good start. I think the level of \$3,500 is lower than it ought to be, but this can be monitored in the years to come.

Recommendation 17 in Chapter 3 suggests the "Launch of an awareness campaign on the recent legislative changes that removed barriers to phased retirement." This was introduced in Budget 2007. There are new regulations that permit a certain set of defined pension benefit plans to allow the receipt of pension income at the same time as higher benefits accrue. You can receive pension and be earning credits toward a new pension at the same time.

It appears the committee is concerned that there is not a lot of awareness of this new measure. I am less concerned about the awareness of it because I am not sure that this measure will affect many people. Only 32.6 per cent of all working Canadians are in defined benefit pension plans. Of those, many are not in plans that qualify for the new phased retirement rules.

An analysis by the law firm, McMillan Binch Mendelson, stated, "... limited number of plan sponsors ... provides full unreduced pensions at age 55." That is important because, for a plan to qualify for the new phased retirement scheme, the pension had to provide a full pension at age 55. According to the law firm, that is a fairly small set of defined benefit pension plans and only one third of Canadians are in defined benefit plans.

Beyond that, the majority of retirees are happy to be retired and prefer not to work more. There is a subset that wants to work more, and it is important to think about how you want to help those people but I am not sure that a full-scale public relations

pour les personnes qui le reçoivent à la retraite. J'ai effectué des simulations dans un document pour le C.D. Howe Institute, qui révèlent à quel point ce type de mesures incitatives peut avoir une grande incidence pour les personnes qui se trouvent au bas de l'échelle sur le marché du travail. De plus, le dernier budget prévoit une exemption pour le Supplément de revenu garanti. Cela signifie qu'une personne peut avoir un revenu gagné de 3 500 \$ avant de commencer à perdre le Supplément de revenu garanti à cause de la disposition de récupération.

Les auteurs du rapport appuient cette mesure, et je suis bien d'accord; c'est un bon début. Quand une personne atteignait l'âge de 65 ans et commençait à recevoir le SRG, si elle y avait droit, on ne l'incitait vraiment pas à travailler, ne serait-ce que quelques heures par semaine. Encore une fois, elle commençait à perdre son chèque du SRG à cause de la disposition de récupération.

Les témoignages recueillis dans le cadre de l'enquête nous ont appris que les aînés qui veulent travailler et choisissent de le faire préfèrent nettement travailler à temps partiel. Cependant, à cause du taux d'imposition élevé implicite qui était appliqué par l'entremise du SRG, très peu d'aînés le faisaient. La nouvelle exemption constitue un bon départ. Je crois que le seuil de 3 500 \$ n'est pas assez élevé, mais on pourra réévaluer la situation au cours des années à venir.

Dans la recommandation 17, formulée au chapitre 3, on propose de « lancer une campagne de sensibilisation aux récents changements législatifs qui ont éliminé les obstacles à la retraite progressive. » De telles mesures ont été annoncées dans le budget de 2007. Un nouveau règlement permet à ces types de régimes de pension à prestations déterminées de verser un revenu de pension à des personnes qui pourront continuer d'accumuler d'autres prestations. Vous pouvez recevoir une pension tout en obtenant des crédits concernant une nouvelle pension.

Le comité semble préoccupé du fait que la population n'est pas vraiment au courant de cette nouvelle mesure. Cela me préoccupe peu, parce que je ne crois pas que la mesure touchera un très grand nombre de gens. Seulement 32,6 p. 100 des travailleurs Canadiens sont couverts par un régime de pension à prestations déterminées, et bon nombre d'entre eux sont couverts par un régime auquel les nouvelles règles de retraite progressive ne s'appliquent pas.

Selon une analyse effectuée par le bureau d'avocats McMillan Binch Mendelson, un nombre limité de promoteurs de régime offrent une pleine pension, non réduite, à l'âge de 55 ans. Il s'agit d'un détail important, parce que, pour qu'un régime soit admissible au nouveau modèle de retraite progressive, il doit offrir une pleine pension à l'âge de 55 ans. Selon le bureau d'avocats, c'est le cas d'un très petit nombre de régimes de pension à prestations déterminées, et seulement un tiers des Canadiens sont couverts par un régime à prestations déterminées.

Par ailleurs, la majorité des retraités est heureuse d'être à la retraite et préfère ne pas travailler davantage. Il y a bien sûr une sous-population de retraités qui souhaitent travailler davantage, et il est important de penser à des façons de les aider, mais je ne

campaign is appropriate because the scope of the current policy is very narrow.

I do not see this policy as a bad thing; rather, it is a good first step in liberalizing people's decisions about when and how to retire. It gives such individuals more flexibility in planning for retirement. Those are all good goals but we will watch how this works out and perhaps think about how to expand that in the future.

On recommendation 18, to change actuarial adjustment for the Canada Pension Plan, I point out that setting the actuarial adjustment in the current system is difficult because the current practice is to use the same adjustment, 0.5 per cent per month, for retirement before or after age 65, or 6 per cent per year. The same rate is used at all ages for both sexes.

We know that such things as mortality probabilities are different across gender and age groups. Setting one percentage rate is a difficult task. You will never get it exactly right because people are in different circumstances. That said: it seems that the current adjustment is too small for younger retirees.

It should be noted that a bigger incentive to delay retirement can actually save money. When you pay bigger pensions to people, you worry about the cost impact on the Canada Pension Plan. I note that the committee has been careful in acknowledging the joint federal-provincial nature of the CPP so that any changes must be made in consultation and agreement with the provinces. There is a lot of worry about the affordability of changes.

A bigger incentive to delay retirement, when the current incentive is not actuarially fair, can, in certain circumstances, actually save money. The reason is that bigger pensions at older ages cost more for those who survive. However, if people do not take up their pension until later, fewer people will survive until those ages. An actuarially fair adjustment balances these costs. Cost concerns for changing the actuarial adjustment are lower than one might have thought them to be at first glance.

Recommendation 19, requests that CPP recipients continue to contribute, needs more consideration. Currently, the Canada Pension Plan benefit received when someone first claims is the same amount received for the rest of the person's life. If you retire at age 61 with a monthly pension of \$800 from the CPP, that is what you will receive until the end of your life, subject to inflation adjustments. A practical thing about allowing people to both earn more CPP credits and to contribute to the plan is to try to figure

suis pas sûr qu'une campagne de relations publiques à grande échelle est appropriée, puisque la politique actuelle a une portée très étroite.

La politique en tant que telle n'est pas mauvaise; il s'agit même d'une première étape utile qui permet aux gens d'avoir plus de liberté pour choisir le moment et la façon qui leur convient pour prendre leur retraite. Elle offre plus de souplesse dans la planification de la retraite. Il s'agit d'objectifs louables, et nous verrons de quelle façon la politique sera appliquée, ce qui nous permettra, peut-être, d'envisager de l'élargir dans l'avenir.

Au sujet de la recommandation 18, qui concerne la modification du rajustement actuariel du Régime de pensions du Canada, j'estime qu'il sera difficile d'intégrer le rajustement actuariel au système actuel puisque la pratique actuelle consiste à utiliser le même rajustement, 0,5 p. 100 par mois, ou 6 p. 100 par année, pour les personnes qui prennent leur retraite avant ou après l'âge de 65 ans. Le même taux est appliqué, quels que soient l'âge et le sexe.

Nous savons, entre autres, que l'espérance de vie n'est pas la même selon le sexe et le groupe d'âge. Il est donc difficile d'établir un pourcentage en particulier. Vous n'obtiendrez jamais le pourcentage parfait, parce que chaque personne a une situation unique. Cela dit, le rajustement actuel est trop peu élevé pour les jeunes retraités.

Mentionnons qu'une mesure qui inciterait davantage à attendre avant de prendre sa retraite pourrait permettre d'économiser de l'argent. Quand vous versez des pensions plus élevées aux gens, vous vous inquiétez des répercussions financières sur le Régime de pensions du Canada. Je constate que le comité a pris bien soin de souligner la nature conjointe fédérale-provinciale du RPC, et le fait que tout changement doit être apporté en collaboration avec les provinces, et avec leur accord. De nombreuses personnes s'inquiètent du coût de ces changements et de la capacité de payer du gouvernement.

Une mesure qui inciterait plus fortement à attendre avant de prendre sa retraite pourrait, dans certains cas, étant donné que les mesures actuelles ne sont pas justes sur le plan actuariel, permettre d'économiser de l'argent. En effet, des pensions plus élevées versées à des personnes plus âgées coûtent plus cher quand les gens vivent longtemps. Cependant, si les gens attendent un certain temps avant de recevoir leur pension, on peut supposer qu'ils seront moins nombreux à survivre si longtemps. Un rajustement juste sur le plan actuariel vient contrebalancer ces coûts. Les coûts liés au fait de changer le rajustement actuariel sont moins élevés que ce que l'on pourrait penser au premier coup d'œil.

La recommandation 19, selon laquelle les bénéficiaires d'une pension du RPC devraient continuer de cotiser au régime, doit être examinée plus en détail. Actuellement, le montant que reçoit une personne en prestations du Régime de pensions du Canada au moment où elle fait sa demande est le montant qu'elle recevra pour le reste de sa vie. Si vous prenez votre retraite à 61 ans et que vous recevez une pension mensuelle de 800 \$ du RPC, c'est le montant que vous recevrez jusqu'à la fin de votre vie, rajusté en

out how you would adjust the formula to account for continued earning of pension credits. Perhaps more importantly, this would have a drastic impact on take-up.

In thinking about this recommendation, I cannot see how it would be in anyone's incentive to do anything else except to take CPP at age 60. In other words, if you were able to continue to earn credits and to make contributions to the CPP after age 60, why would not everyone simply claim the benefit at age 60 and continue to earn credits if they chose to continue to work? That was a bit of a concern with that recommendation.

Skipping ahead to recommendation 22, the problem of unemployed older workers is a truly difficult problem. I should note a serious problem in more resource-dependent communities, such as a standard one-mill town where the employer closes down. The serious economic and social problem arises of how to fairly, efficiently and equitably treat the older workers who suddenly find themselves unemployed. This was one of the key focuses for the Expert Panel on Older Workers last year. That report has been submitted and should be released soon. This Senate committee should have a look at that report when it is released to determine whether it can inform policies in this area.

I offer a word of warning from the European experience with these kinds of special plans through Employment Insurance for older workers that attempt to bridge from unemployment to retirement. In Europe, sometimes these programs have been quite heavily used as employees and employers find ways to use it, essentially, as an early retirement plan. Some caution should be urged in the design of any such plan to ensure that it is not simply a dumping ground on the public payroll for older workers.

At page 23, there is mention that many seniors have incomes below the low-income cut-off rate, LICO. It is important to note that this is one of our great policy successes and that over the past 30 years we have recognized the huge change in poverty among the elderly.

I have written a paper on the dynamics of this over the last 30 years. One of my findings was that in 1973, about 45 per cent of senior families were below the LICO. By 2003, that number had dropped to about 10 per cent, which might be 10 per cent too many but it is important to see the trajectory of the policy development in this area — a dramatic drop in poverty rates as measured by the LICO.

fonction de l'inflation. Si on laisse les personnes obtenir davantage de droits à pension du RPC tout en cotisant au régime, il faudra régler un aspect pratique, c'est-à-dire qu'il faudra trouver une façon de rajuster la formule pour qu'elle tienne compte de l'accumulation continue des droits à pension. Je crois que cela aurait des répercussions particulièrement importantes sur le moment où les gens commenceraient à toucher leur pension.

J'ai réfléchi à cette recommandation, et je ne vois pas pourquoi quelqu'un ne déciderait pas de toucher sa pension du RPC à 60 ans. En d'autres termes, si vous êtes capable de continuer à accumuler des droits à pension et à cotiser au RPC après l'âge de 60 ans, pourquoi est-ce que tout le monde ne demanderait pas de toucher les prestations à 60 ans tout en continuant à accumuler des droits à pension, pour les personnes qui choisissent de continuer à travailler? C'est l'une de mes préoccupations concernant cette recommandation.

Passons maintenant à la recommandation 22, qui traite du problème des travailleurs âgés chômeurs, problème vraiment complexe. Je devrais souligner que le problème est encore plus grave dans les collectivités qui dépendent des ressources naturelles, comme une ville ordinaire qui compte une seule usine dont l'employeur décide de fermer les portes. La façon de traiter justement, efficacement et équitablement les travailleurs âgés qui se retrouvent soudainement au chômage constitue un important problème économique et social. C'était l'un des principaux sujets d'étude du Groupe d'experts sur les travailleurs âgés, l'an dernier. Le rapport a été présenté et devrait être diffusé sous peu. Le comité sénatorial devrait consulter ce rapport quand il sera diffusé afin de déterminer s'il contient des enseignements utiles à ce sujet.

Selon moi, l'expérience européenne avec ce type de régime spécial qui offre de l'assurance-emploi aux travailleurs âgés afin de créer un pont entre le chômage et la retraite doit servir d'avertissement. Parfois, ces programmes, en Europe, ont été lourdement utilisés parce que les employés et les employeurs trouvent des façons de les utiliser essentiellement comme un régime de retraite précoce. Si l'on devait concevoir un tel plan, il faudrait faire très attention pour ne pas qu'il devienne simplement un endroit où stationner les travailleurs âgés sur la liste de paie du gouvernement.

À la page 26, il est écrit que bon nombre d'aînés ont un revenu inférieur au seuil de faible revenu. Il est important de souligner qu'il s'agit d'une de nos grandes réussites en matière de politique et que, au cours des 30 dernières années, nous avons constaté un grand changement dans la pauvreté chez les aînés.

J'ai rédigé un document sur la façon dont les choses ont évolué au cours des 30 dernières années. J'ai, entre autres, constaté que, en 1973, environ 45 p. 100 des familles âgées avaient un revenu inférieur au seuil de faible revenu. En 2003, ce taux avait chuté à 10 p. 100. C'est peut-être 10 p. 100 de trop, mais il faut tout de même tenir compte de la trajectoire que la politique nous a permis de suivre à ce sujet, c'est-à-dire qu'elle a mené à une diminution importante du taux de pauvreté, selon le seuil de faible revenu.

Professor Michael Veall, who is here today, has written a paper that looks specifically at the 10 per cent of seniors who are still under the low-income cut-off. Perhaps he will speak to that issue. His paper would be informative on that question.

I will make a couple of points on recommendation 24: tax credits for seniors, the taxation of OAS and GIS benefits, and the relationship to tax credits. First, the Guaranteed Income Supplement is not taxable income but the Old Age Security amount is taxable. Moreover, it is important to remember that under the existing tax system, the age credit was increased recently by \$1,000 up to \$5,066. In 2008, seniors over the age of 65 will receive the basic amount of \$9,600 plus an age credit \$5,066 for a total of \$14,666. The current rate for OAS and GIS totals only \$13,612 per year and, therefore, the OAS and GIS is less than the basic credit plus the age credit. I am not sure that the problem noted in recommendation 24 is as acute as was stated.

Recommendation 25, on survivor benefits under the Canada Pension Plan, the question of how much survivor benefits should be adjusted upon the death of one of the partners is interesting. You can imagine one extreme would be to have the full survivor pension continue. The other extreme would be to cut it off entirely and have the surviving spouse continue with his or her own pension.

Currently, the survivor pension is set at 60 per cent of the deceased partner's pension, subject to a maximum cap of the total of the two pensions. One way to think about this is to consider how the expenses of a household might change upon the death of one of the spouses. Some expenses, such as housing, might not change. If living in an apartment or a house, you pay property taxes and water bills, which will not change. Other expenses will change quite a bit. With one less person in the house, there is less food expense.

The appropriate rate of inclusion of a deceased person's benefit into a survivor pension is an empirical question to think about when deciding on the expense ratio. The proposal in recommendation 25 is to move it up to 100 per cent. I would be surprised, in terms of keeping expenses covered, if 100 per cent is the right number. I think 60 per cent is likely closer to the right number.

Recommendation 26 is an interesting idea — to target the Guaranteed Income Supplement to the size of the community. It is noted that the low-income cut-offs are targeted to the size of different communities. Perhaps that could be the same for the GIS, to recognize the different costs of living in different areas.

M. Michael Veall, qui est ici aujourd'hui, a rédigé un document qui porte précisément sur les 10 p. 100 d'ainés dont le revenu est encore inférieur au seuil de faible revenu. Il abordera peut-être cette question. Son document pourra fournir de l'information à ce sujet.

Je vais formuler quelques remarques concernant la recommandation 24 : les crédits d'impôt pour les aînés, l'imposition des prestations de la SV et du SRG, et le lien avec les crédits d'impôt. D'abord, le Supplément de revenu garanti n'est pas imposable, mais les montants de la Sécurité de la vieillesse le sont. Il faut aussi souligner que, sous le régime fiscal actuel, le crédit en raison de l'âge a augmenté récemment de 1 000 \$ pour atteindre 5 066 \$. En 2008, les aînés de plus de 65 ans recevront le montant de base de 9 600 \$, plus un crédit en raison de l'âge de 5 066 \$, pour un total de 14 666 \$. Le taux actuel de la SV et du SRG mis ensemble n'atteint que 13 612 \$, ce qui signifie que la SV et le SRG sont inférieurs au crédit de base additionné au crédit en raison de l'âge. Je ne suis pas certain que le problème énoncé dans la recommandation 24 est aussi grave qu'on le prétend.

En ce qui concerne la recommandation 25, sur les prestations de survivant versées en vertu du Régime de pensions du Canada, il est intéressant de se demander à quel point les prestations de survivant devraient être rajustées après le décès d'un des conjoints. À un extrême, on pourrait envisager le versement de la pleine pension de survivant. À l'autre extrême, on pourrait envisager l'élimination complète de cette pension, ce qui laisserait le conjoint survivant avec sa seule pension.

À l'heure actuelle, la pension de survivant équivaut à 60 p. 100 de la pension du conjoint décédé, et le total des deux pensions ne doit pas dépasser un certain montant. L'une des façons de répondre à cette question, c'est de déterminer la mesure dans laquelle les dépenses de ménage changent à la suite du décès d'un des conjoints. Certaines dépenses, comme celles consacrées au logement, ne changent pas toujours. Si la personne vit dans un appartement ou dans une maison, elle doit payer l'impôt foncier et la facture d'eau, ce qui ne change pas. D'autres dépenses changent un peu. Avec une personne de moins dans la maison, les dépenses en nourriture diminuent.

Pour déterminer le ratio de dépenses, il faut tenir compte du taux approprié d'inclusion des prestations d'une personne décédée dans une pension de survivant, ce qui constitue un élément empirique. Dans la recommandation 25, on propose de continuer à verser 100 p. 100 des prestations de la personne décédée. Si le but est de couvrir les dépenses, je serais étonné de constater que 100 p. 100 est le taux approprié. Je pense qu'un taux de 60 p. 100 est probablement plus près du taux approprié.

L'idée derrière la recommandation 26 est bonne : varier le Supplément de revenu garanti en fonction de la taille de la collectivité. On y fait remarquer que le seuil de faible revenu varie en fonction de la taille de la ville. On pourrait peut-être faire la même chose avec le SRG : reconnaître les écarts entre le coût de la vie dans des régions différentes.

The spending pattern of elderly households is quite different from the spending patterns of younger households and that is because seniors spend much less on housing. A certain proportion of seniors do rent, but large proportions of seniors own their own home — most of them own them free and clear without a mortgage. Because they do not have a monthly mortgage payment to make, a much larger proportion of the budget of senior households goes to things like food and transportation, rather than to housing expense.

It is also interesting to think about the pattern of costs in big cities versus more rural areas. In rural areas, housing is typically a lot cheaper, but things like food and transportation are more expensive. You have to drive everywhere, and your food has to be trucked everywhere. In the city, your housing is often more expensive, but you have more access to public transit, and food might be cheaper as it is easier to shop around. Therefore, when you look at the expenses incurred by elderly households in rural versus urban areas, it is not clear that the ones in rural areas have it easier by having lower costs. I am not sure the idea of targeting the GIS by having lower amounts to rural areas would line up with the expenditure needs of senior households.

While politics is not my game, I can foresee that there might be some political problems of having different GIS cheques to people in different regions. I just point that out as a possible problem with the recommendation.

Recommendation 27 is to increase the Canada Pension Plan replacement rate from 25 per cent to 50 per cent. The recommendation suggested this would be something that would be phased in through time, which is good because this would be a huge change. Increasing the replacement rate implicit in the CPP and the year's maximum pensionable earnings threshold, YMPE, which is around \$41,000 — the recommendation, is to move it to \$60,000. This has two separate impacts. First, it has an impact on the premiums of the people who are still working. I am going to pay the CPP contribution rate and my employer will pay the CPP contribution rate on a greater share of earnings, up to the \$60,000 threshold at that point. Second, it has an impact on payouts because part of the benefit formula depends on the YMPE as well. Because of that, you could have some disjoint between the timing of when new revenues come in and when new expenses go out. Of course, any such change would be done with consultation of the Office of the Chief Actuary, but this would be something that would have to be very carefully planned. A bigger question is would this be wise?

One way to think about it is you are going to take a bunch of middle-income people and subject more of their earnings to the CPP, both the tax and also a pension in the future. One response that you might expect is that many people in registered pension

Les habitudes de dépenses des ménages âgés sont très différentes de celles des ménages plus jeunes, essentiellement parce que les aînés dépensent beaucoup moins pour le logement. Une certaine proportion d'aînés sont locataires, mais la plupart d'entre eux sont propriétaires de leur maison, bien souvent de façon franche et quitte, libre de toute hypothèque. Comme ils n'ont pas de versements hypothécaires mensuels à faire, une grande part du budget des ménages âgés est consacrée à la nourriture et au transport, plutôt qu'au logement.

Il est aussi intéressant d'examiner la répartition des coûts dans les grandes villes par rapport aux régions rurales. Dans les régions rurales, le logement coûte habituellement bien moins cher, mais des choses comme la nourriture et le transport coûtent plus cher. Vous devez prendre votre voiture pour le moindre déplacement, et votre nourriture doit être transportée par camion. En ville, le logement est souvent plus coûteux, mais vous avez accès plus facilement au transport en commun, et la nourriture peut coûter moins cher puisqu'il est plus facile de magasiner. C'est pourquoi, si on observe les dépenses engagées par les ménages âgés en régions rurales et en régions urbaines, on ne constate pas clairement que la situation des aînés des régions rurales est plus facile parce que leurs coûts sont moins élevés. Je ne suis pas certain que l'idée de varier le SRG en réduisant le montant versé aux aînés qui vivent en régions rurales permettrait de mieux couvrir les dépenses des ménages âgés.

Je ne suis pas un spécialiste de la politique, mais je pense que le fait d'envoyer des chèques de SRG de montants différents à des personnes dans diverses régions pourrait entraîner des problèmes politiques. Je les mentionne seulement pour dire qu'il s'agit d'un des problèmes que pourrait entraîner cette recommandation.

La recommandation 27 consiste à accroître le taux de remplacement du Régime de pensions du Canada de 25 à 50 p. 100. On y dit que cette augmentation se ferait au fil du temps, ce qui est bien, parce qu'il s'agirait d'un changement énorme. L'augmentation du taux de remplacement implicite du RPC et le montant maximum des gains annuels ouvrant droit à pension, le MGAP, qui est d'environ 41 000 \$ — la recommandation propose qu'il passe à 60 000 \$. Cette augmentation aurait deux répercussions distinctes. Elle aurait d'abord des répercussions sur les cotisations des personnes qui travaillent encore. Je vais payer le taux de cotisation au RPC, et mon employeur paiera le taux de cotisation au RPC, sur une plus grande part de ma rémunération, part qui pourra aller jusqu'à 60 000 \$. Elle aura aussi des répercussions sur les versements, puisqu'une partie de la formule de calcul des prestations dépend aussi du MGAP. Il pourrait donc y avoir un certain écart entre le moment où de nouveaux revenus sont engrangés et le moment où de nouvelles dépenses sont effectuées. Évidemment, on consulterait le Bureau de l'actuaire en chef avant de procéder à ces changements, mais ceux-ci devraient tout de même faire l'objet d'une planification minutieuse. Il y a une question encore plus importante : est-ce intelligent?

On peut voir les choses de la façon suivante : vous prenez un groupe de personnes ayant un revenu moyen et vous leur dites qu'une plus grande part de leurs gains sera soumise au RPC, tant sur le plan fiscal qu'au chapitre des prestations dans l'avenir.

plans, in consultation with the other members and the plan sponsor, could adjust their RPP to shrink it in response to the greater CPP. Similarly, those who are not in an RPP might shrink their RRSP contributions in response to the greater CPP pension. Since they are getting a pension through the CPP, there will be less need for pensions through other sources. The question of scaling up the CPP by a great amount is something that should be considered carefully.

Finally, I will move to recommendation 31, which is to harmonize the OAS, the GIS and services that might depend on them. I note that there was a big push to harmonize the OAS and the GIS in the 1990s. It was referred to as the seniors' benefit. However, this initiative never made it into law; it was cancelled in 1998. I suggest that before entering any discussion of doing that again, we should learn from the episode, both the pluses and the minuses of the design of the seniors' benefit.

Kathleen Lahey, Law Professor, Queen's University: I greatly appreciate the opportunity to talk to you about this report. I think this is extremely important work to be doing at this time.

I had initially prepared, much as Mr. Milligan had, a detailed run through of the various recommendations, but he has covered a lot of the most important points. In addition, when I got to recommendation 28, my perspective on this report, and particularly on Chapter 3, changed radically.

I realized as I went back and looked at the input that the committee had received, that although the committee is obviously aware that a gender-based analysis is key to such policy work, it does not look like a full-scale, gender-based analysis has been carried out with respect to the issues considered in the report. Therefore, I will use my allocated time to outline why it would be extremely useful for the committee to carry out a gender-based analysis in relation to some of the recommendations.

Chapter 3, and indeed much of the draft report as it stands, proceeds on the apparent assumption that everyone in Canada earns an average income. That average income is used for most of the analysis. It also assumes that the recommendations that are generically aimed at seniors will be appropriate for every Canadian. The problem is that when these recommendations and issues are looked at through a gender perspective, it is apparent that women and men live in two separate income economies. This has a tremendous impact on their ability to save generally and, more particularly, to provide for their retirement.

L'une des réactions auxquelles on peut s'attendre, c'est que de nombreuses personnes couvertes par des régimes de pensions agréés pourraient, en collaboration avec les autres membres et avec le promoteur du régime, rajuster leur RPA à la baisse compte tenu de l'augmentation des prestations du RPC. De même, les personnes qui ne sont pas couvertes par un RPA pourraient réduire leurs cotisations à un REER en réaction à l'augmentation de la pension du RPC. Comme elles obtiennent une pension par l'entremise du RPC, elles ont moins besoin des pensions provenant d'autres sources. Il faut donc réfléchir plus soigneusement avant d'effectuer une bonification importante du RPC.

Enfin, je passe à la recommandation 31, qui consiste à harmoniser la SV, le SRG et les services qui peuvent en dépendre. Je constate qu'il y a eu un fort mouvement en faveur de l'harmonisation de la SV et du SRG dans les années 90. On parlait à l'époque de prestation aux aînés. Cette initiative ne s'est toutefois jamais concrétisée; elle a été abandonnée en 1998. Je crois que, avant d'envisager de revenir sur cette question, nous devrions examiner les leçons apprises de cet épisode — tant les aspects positifs que les aspects négatifs de la conception de la prestation aux aînés.

Kathleen Lahey, professeure de droit, Université Queen's : Je suis très heureuse d'avoir l'occasion de vous parler de ce rapport. Je crois qu'il s'agit d'une tâche très importante dont nous devons nous occuper dès maintenant.

J'avais préparé, au départ, un examen détaillé de chacune des recommandations, un peu comme l'a fait M. Milligan, mais il a abordé bon nombre des questions les plus importantes. De plus, quand je suis arrivée à la recommandation 28, mon point de vue sur le rapport, plus particulièrement sur le chapitre 3, a changé du tout au tout.

Je me suis rendu compte, quand j'ai examiné et consulté les commentaires qu'avait reçus le comité, que, même si le comité sait de toute évidence qu'une analyse comparative entre les sexes est essentielle dans le cadre d'un tel travail, il ne semble pas qu'une telle analyse à grande échelle ait été menée concernant les questions dont traite le rapport. Je vais donc utiliser le temps qu'il m'est accordé pour expliquer pourquoi il serait très utile, pour le comité, d'effectuer une analyse comparative entre les sexes concernant certaines des recommandations.

Le chapitre 3, et, il faut bien le dire, la majeure partie du rapport provisoire dans sa forme actuelle, est rédigé comme si tout le monde au Canada avait un revenu moyen. C'est ce revenu moyen qui est utilisé pour la plupart des analyses. On suppose aussi que les recommandations qui visent les aînés en général s'appliqueront à tous les Canadiens. Le problème, c'est que, quand on observe ces recommandations et ces enjeux d'un point de vue qui tient compte des différences entre les sexes, on constate que les femmes et les hommes vivent dans deux économies distinctes sur le plan du revenu. Cette situation a des répercussions énormes sur leur capacité d'économiser en général et, plus particulièrement, pour leur retraite.

I did provide a handout, which I understand is in your package, showing the distribution of income by age and sex for 2004. I provided this because it might be useful while talking in terms of low-income cut-offs, to look at the dramatic difference in the allocation of gender-based income throughout people's lives. Two key things should be taken into consideration when looking both at the two-income curves, and at the year-by-year breakdown of average incomes.

In their peak earning years, women never earned an average of even 70 per cent of what men earn. By the time women hit their 50s, their incomes, which are rarely much higher than the current \$30,000 level, decrease significantly. They remain more or less flat; the line from the age of 60 onward is as close to a flat line as you can get when you are dealing with actual incomes.

This has two big implications for all the issues examined in Chapter 3 of this report. First, women will not have the same capacity as men do to save during their working lives. Therefore, they are not going to be able to invest as fully in registered pension plans. However, more women make use of registered pension plans than men do because they see it as an opportunity to get some pension credits built up. Women have less opportunity to take advantage of Registered Retirement Savings Plans. As of 2007, 40 per cent of women in Canada's incomes are so low that no tax deductions and no tax credits are of any use to them whatsoever. They exist in a "no-tax benefit zone." That is a huge proportion of the female population. Why would a person in that income condition ever think about contributing to a Registered Retirement Savings Plan?

Second, the new tax-free savings accounts are out of reach for many women who do not need to be planning for future non-taxable spendings when they are going into net debt to get by year-to-year. They are also subject to very severe pressure from the income splitting that is built into the tax-free savings plans to the extent that a woman who saves money is probably not as good to have as a wife — from a tax planning perspective — than a woman who has no savings. The tax-free savings accounts double a person's annual contribution room for saveable incomes tax-free savings accounts. With lower incomes, lower savings capacities, lower Canada Pension Plan contribution capacity — in terms of insurable hours, insurable earnings and the amount of pension plan that is available — women hit their 50s with a much smaller asset base than men do. The other assumption that seems to pervade a lot of analysis in this area kicks in: Social policy and economic policy pertaining to older Canadians seems to assume that most people will live as couples. Single people fall right off the policy landscape.

Je vous ai remis un document, qui figure, je crois, dans votre dossier, et qui illustre la répartition du revenu en fonction de l'âge et du sexe pour 2004. J'ai fourni ce document parce que j'estime qu'il pourrait être utile, puisque nous parlons de seuils de faible revenu, d'examiner l'écart dramatique entre la répartition des revenus en fonction du sexe tout au long de la vie des personnes. Si vous examinez les courbes des deux revenus, ainsi que la répartition des revenus moyens d'une année sur l'autre, vous devez tenir compte de deux éléments importants.

Même pendant leurs années les mieux rémunérées, le revenu moyen des femmes ne dépasse jamais 70 p. 100 de celui des hommes. Quand elles arrivent à 50 ans, le revenu des femmes, qui dépasse rarement le niveau actuel de 30 000 \$, diminue de façon importante. Par la suite, il ne change à peu près plus. La ligne qui représente le revenu à partir de 60 ans est à peu près ce que l'on peut obtenir de plus plat, quand on fait un graphique représentant des revenus réels.

Cette situation a deux grandes répercussions sur tous les enjeux mentionnés dans le chapitre 3 du rapport. D'abord, les femmes n'ont pas la même capacité d'épargne que les hommes pendant leur vie professionnelle. Elles ne sont donc pas capables d'investir autant dans des régimes de pension agréés. Cependant, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir recours aux régimes de pension agréés parce qu'elles y voient une occasion d'accumuler des droits à pension. Les femmes ont moins l'occasion de profiter des régimes enregistrés d'épargne-retraite. En 2007, le revenu de 40 p. 100 des femmes au Canada était si peu élevé que les déductions fiscales et les crédits d'impôt ne leur étaient d'aucune utilité. Elles se retrouvent dans une zone où il n'y a aucun avantage fiscal. Il s'agit d'une grande proportion des femmes. Pourquoi une personne qui a un tel revenu envisagerait-elle de cotiser à un régime enregistré d'épargne-retraite?

Ensuite, le nouveau compte d'épargne libre d'impôt n'est pas à la portée de bien des femmes, qui n'ont pas besoin de planifier des dépenses futures non imposables puisqu'elles font déjà face à une dette nette chaque année. Le partage des revenus prévus dans les régimes d'épargne libre d'impôt exerce aussi une très grande pression sur les femmes, puisqu'une femme qui épargne devient une moins bonne épouse — d'un point de vue de planification fiscale — qu'une femme qui n'a pas d'épargne. Le compte d'épargne libre d'impôt double la possibilité de cotisations annuelles d'une personne sur le plan des revenus qui peuvent être épargnés dans un compte d'épargne libre d'impôt. Comme elles ont un revenu moins élevé, des capacités d'épargne inférieures, une capacité de cotisation au Régime de pensions du Canada moins élevée — sur le plan des heures assurables, de la rémunération assurable et du montant disponible par l'entremise du régime de pension —, elles arrivent à l'âge de 50 ans avec un actif beaucoup moins important que celui des hommes. Une autre hypothèse qui semble au cœur de bien des analyses à ce sujet ressort clairement : les politiques économiques et sociales destinées aux aînés canadiens sont conçues comme si la plupart des gens vivaient en couple. Les célibataires ne font pas partie du portrait des politiques.

For example, the pension income splitting rules, again, put pressure on women. A woman who has her own pension income is not as good for tax planning purposes as a wife or a co-habitant who does not. Much consideration is being given to the tax benefit needs of older men to the point they can split their pension income and receive a generous tax break. However, the assumption is that everyone is in a couple. Perhaps the hope is that everyone will be in a couple and that one will be a high-income earner. However, it leaves singles and people in other household arrangements out of the calculation.

In terms of where Chapter 3 could go, my recommendations would be to inject some of this realistic information about the status of women. When looking at the recommendations from that perspective, a couple of things pop out. First of all, to meet the income needs of low-income women — of which there will be more than there will be men in each of the age categories affected by retirement provisions — each provision should, as much as possible, be cast either as a direct spending or a fully refundable tax credit. Otherwise it will not reach the people who need it the most.

I agree with Mr. Milligan that it would be a very good idea to expand the tax-exempt amount that can be earned under the GIS. It is also important to expand the category of other receipts that will not trigger the GIS clawback. For example, for women or any low-income taxpayers who have, despite a lifetime of low incomes, managed to accumulate some pensions or some registered plans, I think that withdrawals from those plans up to a fairly generous level should not trigger the GIS clawback, either. Any type of income ought to be receivable by a person who is eligible at first instance for GIS. This needs to be reconciled as well with the Canada Pension Plan rules.

The second thing that I think could be introduced or added into Chapter 3 is some discussion of the size of the GST credit. The GST is still one of the biggest taxes that will be borne by people in this age group. As long as the lowest marginal tax rate payable by individuals remains so high — it will now be down to 15 per cent but it is still high when added to the with other taxes — I think that the GST tax credit is wholly insufficient to create genuine relief for individuals who are living at what is genuinely a subsistence level. The current GST tax credit of \$237 only exempts the first \$4,700 worth of spending from GST. People who are living even on the lowest subsistence incomes have to spend more than \$4,700. There should be an increase based on age or, if not on age, then there should be some sort of single supplement available to people on low total incomes that would be capable of giving more relief.

Par exemple, la règle de partage du revenu de pension entraîne aussi de la pression sur les femmes. Une femme qui reçoit son propre revenu de pension a moins de valeur, sur le plan de la planification fiscale, qu'une épouse ou une colocataire dont ce n'est pas le cas. On accorde beaucoup d'importance aux besoins en matière d'avantages fiscaux des hommes âgés, ce qui fait qu'on leur permet de fractionner leur revenu de pension et de profiter d'un allègement fiscal important. On suppose toutefois que tout le monde est en couple. On espère peut-être que tout le monde vivra en couple, et qu'un membre du couple aura un revenu élevé. Cependant, on ne tient pas compte des célibataires et des personnes qui vivent dans un autre type de ménage.

En ce qui concerne les améliorations qui pourraient être apportées au chapitre 3, je recommanderais qu'on y ajoute une partie de ces renseignements concrets sur la situation des femmes. Quand on examine les recommandations selon ce point de vue, certaines choses nous sautent aux yeux. D'abord, pour répondre aux besoins en matière de revenu des femmes ayant un faible revenu — qui seront toujours plus nombreuses que les hommes, quelle que soit la catégorie d'âge touchée par les dispositions sur la retraite —, chaque disposition devrait, dans la mesure du possible, prendre la forme d'une dépense directe ou d'un crédit d'impôt entièrement remboursable. Sinon, elles ne couvriront pas les personnes qui en ont le plus besoin.

Je suis d'accord avec M. Milligan, quand il dit que ce serait une très bonne idée d'augmenter le montant exonéré d'impôt qui peut être reçu dans le cadre du SRG. Il faut aussi élargir la catégorie des autres gains qui ne sont pas assujettis à la disposition de récupération du SRG. Par exemple, les femmes ou les contribuables à faible revenu qui ont réussi, même s'ils ont eu un faible revenu toute leur vie, à se constituer une pension ou à cotiser à un régime enregistré devraient aussi, selon moi, pouvoir retirer de ces régimes un montant assez important sans être visés par la disposition de récupération du SRG. Une personne qui a droit, en premier lieu, au SRG, doit aussi pouvoir toucher n'importe quel type de revenu. Il faudrait aussi apporter un changement en ce sens aux règles du Régime de pensions du Canada.

La deuxième chose qui, selon moi, pourrait être ajoutée ou incluse dans le chapitre 3, c'est une remise en question de la taille du crédit de TPS. La TPS demeure l'une des taxes les plus élevées à être assumée par les personnes de ce groupe d'âge. Tant que le taux marginal d'imposition le moins élevé que doivent payer les personnes demeurera aussi élevé — il sera maintenant réduit à 15 p. 100, mais il demeure élevé si l'on tient compte des autres taxes —, j'estime que le crédit de TPS demeurera largement insuffisant pour véritablement soulager les personnes qui ont, essentiellement, un revenu de subsistance. Le crédit de TPS actuel, de seulement 237 \$, s'applique à la première tranche de 4 700 \$ de dépenses en articles assujettis à la TPS. Même les personnes qui ont un faible revenu de subsistance doivent dépenser plus de 4 700 \$. Il devrait y avoir une augmentation en fonction de l'âge, ou encore un type de supplément unique offert aux personnes qui ont un revenu total peu élevé afin de leur offrir un certain soulagement.

Francis Bowkett, Executive Director, Federal Superannuates National Association: Good afternoon to the committee members and thank you for providing an opportunity for FSNA to present to you today.

The Federal Superannuates National Association is the largest and most influential advocacy group for federal pensioners, representing more than 160,000 members across the country: Retirees from the public service, the Canadian Forces, the RCMP as well as retired federal judges. FSNA advocates to affect positive change at the policy level and to enhance the quality of life for our members and seniors, in general.

As requested, our comments today are focused on the options proposed by this committee in Chapter 3 of its second interim report. Our written submission includes responses to most of these options, but my presentation will focus on our response with respect to option 27. Our response is specifically to work with provincial governments to increase the income replacement rate for the CPP, which is currently at 25 per cent of income, up to at least 50 per cent and/or to increase the maximum pensionable earnings beyond the average wage.

FSNA believes that a vertical expansion of the CPP/QPP is the ideal way to address the issue for low-income seniors.

Since the implementation of the CPP/QPP in 1966, the GIS uptake rates have decreased from about 60 per cent to less than 40 per cent. Expanding the CPP/QPP vertically would further reduce the GIS uptake rates. Such a change to the CPP/QPP would not necessarily have any material impact on employment trends and labour force participation but would clearly ensure that retirement incomes would replace at least 50 per cent of average employment earnings for all working Canadians.

Although FSNA considers that this change would result in a contribution rate increase comparable to the 3.6 per cent increase that took place in 1996, we would caution about the potential responses from the private sector, which may consider the option unaffordable. We would also suggest a vertical expansion be implemented on a gradual basis.

Earlier this year, FSNA presented information on this exact issue to three provinces and we have brought copies of this presentation for your information.

Increases in CPP/QPP contribution rates would actually apply in full only to employers not already sponsoring a defined benefit plan or a defined contribution plan for their employees. Concerned employers would likely rely on global compensation principles to absorb any new pension costs that this might incur.

Francis Bowkett, directeur exécutif, Association nationale des retraités fédéraux : Bonjour à tous les membres du comité; je vous remercie de donner à l'ANRF l'occasion de témoigner devant vous aujourd'hui.

L'Association nationale des retraités fédéraux est le plus grand et le plus influent groupe de défense des intérêts des pensionnés fédéraux. Elle représente plus de 160 000 membres au pays : des retraités de la fonction publique, des Forces canadiennes et de la GRC, de même que des juges fédéraux à la retraite. L'ANRF préconise des changements positifs des politiques et l'amélioration de la qualité de vie de ses membres et des aînés en général.

Comme on nous l'a demandé, nos commentaires porteront, aujourd'hui, sur les options proposées par le comité dans le chapitre 3 de son deuxième rapport provisoire. Nos observations présentées par écrit comprennent des réactions à la plupart de ces options, mais mon témoignage portera sur notre réaction à l'option 27. Nous pensons, plus particulièrement, qu'il faut collaborer avec les gouvernements provinciaux afin d'accroître le taux de remplacement du revenu provenant du RPC, qui est actuellement fixé à 25 p. 100 du revenu, à au moins 50 p. 100, ou d'augmenter le montant maximum des gains ouvrant droit à pension pour qu'il dépasse le revenu moyen.

L'ANRF croit qu'une expansion verticale du RPC/RRQ est la façon idéale de traiter la question des aînés à faible revenu.

Depuis la mise en œuvre du RPC/RRQ en 1966, le pourcentage des personnes qui touchent le SRG a diminué pour passer d'environ 60 p. 100 à moins de 40 p. 100. L'expansion verticale du RPC/RRQ réduirait encore davantage le pourcentage des personnes qui touchent le SRG. Un tel changement apporté au RPC/RRQ n'aurait pas nécessairement une incidence concrète sur les tendances en matière d'emploi et sur la participation à la population active, mais assurerait clairement que les revenus de la retraite remplaceraient 50 p. 100 des revenus d'emploi moyens pour tous les Canadiens qui travaillent.

Même si l'ANRF estime que ce changement entraînerait une augmentation du taux de cotisation comparable à l'augmentation de 3,6 p. 100 qui a eu lieu en 1996, nous pensons qu'il faut toutefois se méfier de la réaction potentielle du secteur privé, qui pourrait considérer qu'il s'agit d'une option inabordable. Nous pensons aussi qu'une expansion verticale doit se faire de façon graduelle.

Au début de l'année, l'ANRF a donné à trois provinces de l'information sur cette question en particulier, et nous vous avons apporté des copies de l'exposé qui a été présenté.

En réalité, une augmentation du taux de cotisation au RPC/RRQ ne s'appliquerait complètement dans les faits qu'aux employeurs qui ne parrainent pas déjà pour leurs employés un régime à prestations déterminées ou un régime à cotisations déterminées. Ces employeurs devront probablement se baser sur les principes de la rémunération globale pour éponger les nouveaux coûts de pension que cette augmentation pourrait entraîner.

Moreover, a full CPP/QPP vertical expansion could actually reduce pension costs of employers already sponsoring a defined benefit plan coordinated with the CPP/QPP because of the following: One, the CPP retirement benefits are based on career average employment earnings rather than final average salaries; two, the CPP/QPP contributory period is longer than 35 years, that is, 47 years for the normal retirement pension; and three, the CPP/QPP normal retirement age is generally higher, that is, 65 versus the 60 or less in respect of private defined benefit plans.

FSNA recommends that the Special Senate Committee on Aging make a recommendation in their final report to work with provincial governments to increase the income replacement rate for CPP/QPP to at least 50 per cent from 25 per cent. Included in our recommendation is the increase in the CPP maximum pensionable earnings from the average wage to the limit that applies to the registered pension plans. In 2007, that was over \$111,000. That is our number one recommendation.

Michael Veall, Professor and Chair, Department of Economics, McMaster University: Thank you for the opportunity to appear. My overall view is that it is a good report. I was asked, as was Kevin Milligan, to focus on Chapter 3. I do believe that Chapter 3 is a good chapter. By not advocating large, rapid change, it shows an appreciation of the value of stability in retirement income programs, and also recognition of the great Canadian achievement of reducing senior poverty rates so massively in the last 35 years to rates lower than any country we normally use in comparison, with the exception of the Netherlands.

Mr. Milligan suggested that I should speak about why our rate is not as low as it could be; that is, at the rate of the Netherlands. If you look at the data, you find that most of the seniors who are below LICO are not far below LICO so that the depth of the poverty is not as great. The groups experiencing deep poverty as seniors are basically three. One group includes immigrants who do not yet qualify for the Guaranteed Income Supplement. The second group is seniors who have dependent children; in some cases grandchildren or disabled children, they support. The third group is people who do not take up GIS even though it appears from the data that they qualify for GIS. We do not understand why that is so, that is an empirical puzzle with important consequences.

I will also reiterate Mr. Milligan's technical comment about option 24, regarding taxation. As far as I understand, GIS is not subject to personal income tax, at least for someone who only

De plus, la pleine expansion verticale du RPC/RRQ pourrait en fait réduire des pensions à payer pour les employeurs qui parrainent déjà un régime à prestations déterminées coordonné avec le RPC/RRQ, pour les raisons suivantes : d'abord, les prestations de pension du RPC sont fondées sur les revenus d'emploi moyens durant la carrière plutôt que sur les salaires moyens finaux; ensuite, la période de cotisation au RPC/RRQ dépasse 35 ans, c'est-à-dire 47 ans pour la pension de retraite normale; troisièmement, l'âge normal de la retraite pour le RPC/RRQ est généralement plus élevé que pour les régimes privés à prestations déterminées puisqu'il est de 65 ans plutôt que de 60 ans ou moins.

L'ANRF recommande que le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement fasse une recommandation dans son rapport final pour collaborer avec les gouvernements provinciaux dans le but d'accroître le taux de remplacement du revenu provenant du RPC/RRQ de 25 p. 100 à au moins 50 p. 100. Nous recommandons, en outre, l'augmentation des gains maximums ouvrant droit à pension du RPC afin qu'ils dépassent le salaire moyen pour atteindre la limite s'appliquant au régime de pension enregistrés. En 2007, cette limite était de plus de 111 000 \$. Il s'agit de notre principale recommandation.

Michael Veall, professeur et président, Département d'économie, Université McMaster : Merci de me donner l'occasion de témoigner. De façon générale, j'estime qu'il s'agit d'un bon rapport. On m'a demandé, comme à Kevin Milligan, de m'attarder au chapitre 3. Je crois que le chapitre 3 est un chapitre intéressant. Comme il ne recommande pas de changement rapide et important, il reconnaît la valeur de la stabilité dans les programmes de revenu de retraite, en plus de reconnaître que l'une des grandes réalisations du Canada a été de réduire de façon si massive le taux de pauvreté chez les aînés au cours des 35 dernières années que ce taux est maintenant inférieur à celui de tous les pays avec lesquels nous nous comparons habituellement, mis à part les Pays-Bas.

M. Milligan a dit que je devrais parler des raisons pour lesquelles notre taux n'est pas aussi bas qu'il pourrait l'être, c'est-à-dire aussi bas que celui des Pays-Bas. Quand on observe les données, on constate que la plupart des aînés qui vivent sous le seuil de faible revenu ne se trouvent pas très loin sous ce seuil, ce qui signifie que la pauvreté n'est pas aussi grande qu'on pourrait le penser. Il y a, essentiellement, trois groupes d'aînés qui connaissent une grande pauvreté. L'un de ces groupes est composé d'immigrants qui n'ont pas encore droit au Supplément de revenu garanti. Le second groupe est composé des aînés qui ont des enfants à charge, dans certains cas des enfants handicapés ou des petits-enfants dont ils s'occupent. Le troisième groupe est constitué des personnes qui ne touchent pas le SRG même si, selon les données, elles y ont droit. Nous ne comprenons pas pourquoi c'est ainsi; il s'agit d'une énigme empirique qui a d'importantes conséquences.

Je vais aussi répéter le commentaire technique qu'a fait M. Milligan sur la recommandation 24 concernant l'imposition. D'après ce que je comprends, le SRG n'est pas visé par l'impôt sur

earns OAS or GIS, so I do not understand that particular recommendation.

In several places, options are floated that would make the CPP more expensive without a discussion of how it would be paid for. I refer to option 19, which would make it easier to contribute just before retirement. That is valuable to the worker but it is particularly costly to the plan because such contributions count the same way in the final benefit formula but they have not had much time in the plan so that the investment returns on them have had no time to accrue.

Option 37 increases the dropout provisions, or suggests increasing dropout provisions. Obviously, they would increase plan costs. My point, particularly with respect to option 37, is that this is not necessarily a bad option, but the costs should be considered.

Many people have talked about option 27, to expand the plan, and that is clearly the biggest option, in my view. Here it is clear that the increased benefits would be paid for by increasing the contribution limits. The temptation would be to start paying increased benefits prematurely, before they reflect each individual's increased contributions, but if that temptation could be resisted, I want to point out one advantage, which is consistent earlier comments, and that is that the increased CPP benefits would reduce GIS benefits. This would automatically reduce the GIS disincentives that people have been talking about and it would free up some dollars. Those freed-up dollars could be used for many things, perhaps to further weaken the GIS disincentives.

Related to option 27, honourable senators might also consider a CPP reform that would mandate contributions by earning spouses for their non-earning spouse. A non-earning spouse would then be entitled to CPP benefits in full.

Bob Baldwin, Senior Associate, Informetrica Ltd.: Mr. Chair, and members of the committee, my instructions, as I understand them, are to limit my opening remarks to five minutes, which I will try to do. Given that time frame, it makes more sense to talk thematically to several of the main issues raised in Chapter 3, rather than try to focus on the individual recommendations.

I will comment briefly on the discussion of income adequacy of Chapter 3 and the discussion of retirement incentives.

With respect to income adequacy, let me note what is already acknowledged in the report of the committee and by other speakers, that the late 20th century was a period of rapid improvement in the living standards of older Canadians. The real purchasing power in the hands of older Canadians almost

le revenu des particuliers, du moins pour les personnes qui reçoivent uniquement la SV ou le SRG; c'est pourquoi je ne comprends pas cette recommandation en particulier.

À bien des endroits, on lance des options qui rendraient le RPC plus coûteux sans déterminer comment ces coûts seraient couverts. Je pense à l'option 19, qui rendrait plus facile le versement de cotisations juste avant la retraite. Il s'agit d'une mesure valable pour les travailleurs, mais elle coûte très cher au régime parce que ces cotisations ont la même valeur dans la formule finale de calcul de la prestation même si elles n'ont pas passé autant de temps dans le régime, ce qui fait que le rendement du capital investi n'aurait pas le temps de s'accumuler.

L'option 37 élargit les dispositions d'exclusion, ou propose de les élargir. De toute évidence, cela entraînerait une augmentation des coûts du régime. À mon avis, surtout en ce qui concerne l'option 37, ce n'est pas une option tout à fait mauvaise, mais il faudrait tenir compte de ses coûts.

De nombreuses personnes ont parlé de l'option 27, concernant l'élargissement du régime, et il s'agit clairement, à mon avis, de l'option la plus importante. C'est évident, dans ce cas, que, pour payer les prestations plus élevées, il faudrait accroître la limite des cotisations. On pourrait alors être tenté de recommencer à payer des prestations plus élevées de façon prématurée, avant qu'elles ne reflètent les cotisations accrues de chaque personne; toutefois, si on résiste à cette tentation, il y aurait un avantage, que je veux souligner, comme d'autres l'ont fait plus tôt dans leurs commentaires, et c'est que les prestations accrues du RPC entraîneraient une réduction des prestations de la SRG. Cela atténuerait automatiquement les mesures dont les gens ont parlé, qui poussent à retarder le moment de demander le SRG, ce qui libérerait un peu d'argent. Cet argent pourrait être utilisé à diverses fins, entre autres pour atténuer les mesures qui poussent à retarder le moment de demander le SRG.

Au sujet de l'option 27, vous pourriez aussi, honorables sénateurs, envisager une réforme du RPC qui permettrait aux conjoints ayant une rémunération de cotiser pour leur conjoint sans revenu d'emploi. Un conjoint sans revenu d'emploi aurait donc droit à des prestations pleines et entières du RPC.

Bob Baldwin, associé principal, Informetrica Ltd. : Monsieur le président, et mesdames et messieurs les membres du comité, d'après ce que je comprends, on me demande de limiter mes déclarations préliminaires à cinq minutes, ce que je vais tenter de faire. Compte tenu de ce délai, je crois qu'il convient d'aborder les grands thèmes de plusieurs des principaux enjeux soulevés dans le chapitre 3 plutôt que de tenter de mettre l'accent sur des recommandations en particulier.

Je vais aborder brièvement la question du caractère suffisant des revenus, abordée dans le chapitre 3, et celle des mesures d'incitation à la retraite.

En ce qui concerne le caractère suffisant des revenus, je commencerai à répéter ce qui est dit dans le rapport du comité et ce que d'autres intervenants ont affirmé, c'est-à-dire que le niveau de vie des aînés canadiens s'est rapidement amélioré au cours de la fin du XX^e siècle. Le véritable pouvoir d'achat dont jouissent les

doubled over the last quarter of the 20th century. The incomes of older Canadians relative to younger Canadians increased significantly, and the poverty rate declined as well.

The income sources that were driving that change were primarily the maturation of the Canada and Quebec Pension Plans and the maturation of Canada's workplace pensions. While there is much to be proud of regarding what we have accomplished to date, I would urge against complacency.

As we look to the future, the workplace pension component of the retirement income system is facing many stresses. The most obvious point to note in this regard is that the percentage of employed Canadians who belong to workplace pensions has dropped from roughly 46 per cent at the end of the 1970s to about 40 per cent today.

In addition, there has been a significant shift in the form taken by workplace pensions so that we now have a much larger portion of the membership of workplace pensions belonging to defined contribution schemes and a smaller portion belonging to defined benefit schemes, which means that the incomes of the future elderly will be more vulnerable to investment risks than is true of the current elderly.

I might say, only somewhat as an aside, that this is an area where we are bedevilled by data problems. I will not drag you through all the problems that exist in this area, but I will note that the data most commonly cited is probably overstating by degree the decline in overall coverage but is understating the shift from defined benefit to defined contribution. That is important to bear in mind when you look at these numbers.

I should finish this comment on coverage by noting that this problem of coverage is most acute for non-unionized employees in the private sector who are working in small workplaces. There the coverage problem is very large, for both men and women, I might add.

The other issue to bear in mind about improvements in the latter part of the 20th century is they were a reflection not only of the qualitative characteristics of the pension system and the degree of coverage we had in the past, but they were also a reflection of a very specific set of economic circumstances that were favourable to pension arrangements that involved saving prior to retirement.

Three events were important in this regard. One was the advent of low inflation, starting in the early 1990s; the other was the high rates of return on financial assets through the late 1980s and 1990s; and third, which seems somewhat surprising, is slow wage growth. You might ask what slow wage growth had to do with it. It had to do with the relative income situation of the older population versus the younger population. The point of comparison was not growing very fast, and that is part of the

ainés canadiens a presque doublé au cours des 25 dernières années du XX^e siècle. Le revenu des aînés canadiens par rapport à celui des jeunes Canadiens a beaucoup augmenté, et le taux de pauvreté a aussi beaucoup diminué.

Les sources de revenu qui ont permis ces changements étaient, d'abord, l'arrivée à maturité des régimes de pensions du Canada et du Québec, et des régimes de pensions en milieu de travail offerts au Canada. Nous avons de nombreuses raisons d'être fiers de ce que nous avons accompli jusqu'à maintenant, mais je crois qu'il faut se méfier de la complaisance.

Si nous envisageons l'avenir, nous constatons que le volet du système de revenu de retraite qui s'appuie sur les pensions en milieu de travail fait face à de nombreuses menaces. La chose la plus évidente à signaler, à ce sujet, c'est le fait que le pourcentage de Canadiens qui ont un emploi et qui sont couverts par un régime en milieu de travail a diminué d'environ 46 p. 100 à la fin des années 70 à environ 40 p. 100, aujourd'hui.

De plus, la forme que prennent les régimes de pensions en milieu de travail a beaucoup changé, ce qui fait que, maintenant, une bien plus grande part des membres des régimes de retraite en milieu de travail sont couverts par un régime à cotisations déterminées, et qu'un petit nombre d'entre eux sont couverts par un régime à prestations déterminées, ce qui signifie que, dans l'avenir, le revenu des aînés sera beaucoup plus vulnérable aux risques en matière d'investissement que le revenu actuel des aînés.

Je m'éloigne un peu du sujet, mais j'aimerais dire que, dans ce secteur, nous sommes gênés par des problèmes de données. Je ne vais pas passer en revue avec vous tous les problèmes qui existent à ce sujet, mais je soulignerai que les données les plus souvent utilisées reflètent probablement une diminution de la couverture beaucoup plus importante qu'elle ne l'est en réalité, mais mettent moins en lumière la transition d'un régime à prestations déterminées à un régime à cotisations déterminées. Il faut tenir compte de cet aspect quand on analyse ces chiffres.

Pour conclure mon commentaire sur la couverture, je mentionnerai que le problème de couverture est le plus grave pour les employés non syndiqués du secteur privé qui travaillent au sein de petites entreprises. J'ajouterais que, pour ces employés, autant les hommes que les femmes, le problème de couverture est très important.

Ce qu'il faut bien comprendre, à propos des améliorations qui ont eu lieu à la fin du XX^e siècle, c'est qu'elles reflétaient non seulement la qualité du système de pension et le degré de couverture offert par le passé, mais aussi un ensemble très précis de circonstances économiques qui favorisaient des mécanismes de pension fondés sur l'épargne avant la retraite.

Trois événements ont été importants à ce sujet. D'abord, la faible inflation que nous avons connue à partir du début des années 90. Ensuite, il y a eu les taux élevés de rendement de l'actif financier à la fin des années 80 et pendant les années 90. Enfin, il y a eu la lente croissance des salaires, ce qui peut sembler étonnant. Vous vous demandez peut-être quelle est l'incidence de la lente croissance des salaires sur tout cela. Elle a une incidence sur le revenu relatif des gens âgés par rapport à celui des jeunes. Le

reason why the elderly incomes appeared to improve so quickly. In looking to the future, I urge you to pay attention to what is happening to this workplace pension sector.

Through the 1980s and 1990s, we made substantial improvements in our public pension arrangements with regard to financial reporting, but we have never had, as far as I know, any part of government that had an ongoing mandate to assess the current and future income prospects of older Canadians. The capacity to do that should develop hand in hand with our capacity to assess costs and expenditures of the future.

With regard to the discussion of retirement incentives in the report, it looks to me like the focus is almost exclusively on incentives embedded in the tax system and in our public pension arrangements. I certainly do not want to discourage an interest in those subjects, but I would suggest that you keep three additional issues in mind.

In the Canadian context, it is just as important, if not more important, to look at the incentives embedded in workplace pension arrangements as it is to look at the incentives in our public pension programs. I will leave it at that. We can come back to that during question and answer if you like.

It is also important to remember that the financial incentives are interacting with a number of other considerations when people are deciding whether to retire or keep working. It is important to pay attention to the quality of the work experience that people have and whether, in fact, working life is organized in a fashion that makes it a reasonable choice for people to want to stay at work as opposed to leaving on pensions.

I would say in this regard that this is an issue that I do not think can be addressed simply through measures that are in the hands of governments. If you want to change the nature of the work retirement decision, it requires a collaborative effort among governments, employers and unions.

The other matter I would urge that you pay attention to with regard to retirement decisions is the reality that for some people, retirement is a rather accidental effect and not something that is planned. People get unemployed in old age and never return to work. Women leave the workforce to look after a relative and just never return. Incentives are important, but they do not explain all the reasons why people leave work and go into retirement.

The last thing I will say about the retirement incentives is that your report mentions, towards the end of Chapter 3, that it is important to take a life course perspective. This is appropriate,

point de comparaison n'augmentait pas très rapidement, et c'est l'une de raisons pour lesquelles le revenu des aînés semblait s'améliorer si rapidement. Je souhaiterais que, dans l'avenir, vous vous attardiez à ce qui se passe dans le secteur des régimes de pensions en milieu de travail.

Tout au long des années 1980 et 1990, les mécanismes de pension gouvernementaux se sont grandement améliorés en ce qui concerne les rapports financiers, mais nous n'avons jamais eu, autant que je le sache, un organisme gouvernemental chargé d'évaluer les perspectives actuelles et futures des aînés canadiens en matière de revenu. Il faudrait améliorer nos capacités à ce sujet tout en améliorant notre capacité d'évaluer les coûts et les dépenses dans l'avenir.

En ce qui concerne la question des facteurs qui incitent à prendre sa retraite, j'ai l'impression que les auteurs du rapport mettent l'accent presque exclusivement sur les mesures incitatives qui existent au sein du régime fiscal et de nos mécanismes de pension gouvernementaux. Je ne nie surtout pas l'intérêt de ces aspects, mais je suggère que vous teniez compte aussi de trois autres questions.

Compte tenu du contexte canadien, il est aussi important, voire plus important, d'examiner les mesures incitatives qui font partie des mécanismes de pension en milieu de travail que les mesures incitatives prévues dans nos programmes de pension gouvernementaux. Je n'en dirai pas plus pour l'instant; nous pourrions y revenir pendant la période de questions et de réponses, si vous le souhaitez.

Il faut aussi rappeler que, pour les personnes qui tentent de décider si elles doivent prendre leur retraite ou continuer à travailler, les mesures incitatives financières interagissent avec un certain nombre d'autres facteurs. Il faut tenir compte, par exemple, de la qualité de l'expérience que vivent ces personnes au travail et du fait que, compte tenu de la façon dont la vie professionnelle de ces personnes est organisée, il est raisonnable, pour elle, de continuer à travailler plutôt que de prendre leur retraite.

Je dirais, à ce sujet, qu'il s'agit d'une question qui ne peut être réglée simplement grâce aux mesures dont les gouvernements ont la maîtrise. Si vous voulez modifier la nature de la décision de rester au travail ou de prendre sa retraite, il faut que les gouvernements, les employeurs et les syndicats travaillent en étroite collaboration.

L'autre aspect dont je crois que vous devriez tenir compte concernant la décision de prendre sa retraite, c'est le fait que, pour certaines personnes, la retraite survient de façon accidentelle et n'a pas été planifiée. Des personnes se retrouvent au chômage à un âge avancé et ne retournent jamais sur le marché du travail. Des femmes quittent la population active pour s'occuper d'un parent et n'y retournent simplement jamais. Les mesures incitatives sont importantes, mais elles n'expliquent pas, à elles seules, pourquoi les gens cessent de travailler et prennent leur retraite.

La dernière chose que j'aimerais souligner à propos des mesures qui incitent à prendre sa retraite, c'est que vous mentionnez, vers la fin du chapitre 3 de votre rapport, qu'il est

and I would suggest that it is particularly worthwhile looking at what is happening at the front end of the adult life course, where important changes are taking place. We know that, on average, young adults are leaving their parental home later, getting married later, having children later and getting their careers later. All of those delays in the transition from youth to adulthood will have downstream effects, and I suspect it will be much harder for many of today's young workers to retire as early as their parents and grandparents because they will still have debts carrying over from the early part of the life course.

I am familiar with data that note movements in the average ages at which all of those events happen. It is important to understand whether there is more or less homogeneity than there used to be at the front end of the life course. If there is less homogeneity in the way that young people move through these transitions, it may suggest that chronological age, as a criterion for receiving pensions, should be less important in the future and some measure of continuous labour force activity should become more important. I will leave my comments at that.

The Deputy Chair: Guaranteed family incomes and guaranteed individual incomes seem to be fairly straightforward, but the experts seem to think they are and the idea never seems to go anywhere.

Let us go back to Ms. Lahey and the women's issue. There is the issue of the single older woman who is pulling in a little bit of money from three sources, but it is not enough. There is a gap of about \$5,000 that is not bringing her up to the poverty line.

Could all of you address something that could be done to the overall system to eliminate that gap? It seems to me that a solution would not be that expensive.

Ms. Lahey: The example is very pertinent, but I would suggest that the solution lies in a pervasive examination of all of the gender-based factors that produce that woman's income profile at that age and not look for yet another band-aid to stick on that particular situation.

The problem that women face is that they are overtaxed on relatively low incomes throughout their lives. If you think about the first slice of income under the federal Income Tax Act, as soon as a person has \$9,601 of taxable income, he or she pays the same federal and provincial rate, which comes to about 21 per cent for people living in Ontario, as the person who has income all the way up to \$37,000 worth of taxable income. That is a big spread, and it is really an over-taxation of people at the lowest income level.

There are over 100 joint fiscal instruments in the Income Tax Act and other fiscal provisions that use family income concepts, which based on simulations I have done, demonstrate that women's incomes are systemically reduced over their lives by being treated as part of an economic family where they cannot

important de tenir compte du cycle de la vie. Il s'agit d'une remarque pertinente, et je crois qu'il faut particulièrement tenir compte de ce qui se passe au tout début de la vie adulte, quand des changements importants ont lieu. Nous savons que, en moyenne, les jeunes adultes quittent la maison familiale plus tard, se marient plus tard, ont des enfants plus tard et entreprennent leur carrière plus tard. Tous les retards dans le passage de la jeunesse à l'âge adulte auront des effets en aval et je crois qu'il sera beaucoup plus difficile, pour bon nombre de jeunes travailleurs actuels, de prendre leur retraite aussi tôt que leurs parents et grands-parents parce qu'ils traîneront encore des dettes contractées au début de leur vie adulte.

Je connais bien les données qui illustrent l'évolution de l'âge moyen auquel ces événements surviennent. Il est important de savoir si la situation des gens au début du cycle de vie est actuellement plus homogène ou moins homogène qu'auparavant. Si les jeunes vivent ces transitions de façon moins homogène qu'auparavant, cela signifie que l'âge chronologique aura probablement moins d'importance dans l'avenir comme critère pour prendre sa retraite, et que certaines mesures qui favorisent la poursuite de la participation au marché du travail pourraient devenir plus importantes. Ce sera la fin de mes commentaires pour l'instant.

Le vice-président : Le revenu familial garanti et le revenu personnel garanti semblent être des mécanismes assez simples, et les experts semblent croire qu'ils le sont, mais j'ai l'impression qu'on ne donne jamais suite à cette idée.

Revenons aux propos de Mme Lahey sur la situation des femmes. Par exemple, une femme âgée vivant seule peut tirer un peu d'argent de trois sources, mais elle n'arrive jamais à joindre les deux bouts. En effet, un manque à gagner d'environ 5 000 \$ l'empêche de se hisser au-dessus du seuil de pauvreté.

Auriez-vous chacun une idée de la façon dont on pourrait modifier le régime dans son ensemble pour éliminer cet écart? Il me semble qu'une solution ne devrait pas être trop coûteuse.

Mme Lahey : Votre exemple est très pertinent, mais, selon moi, la solution réside dans une analyse systématique de tous les facteurs liés au sexe qui engendrent la situation financière de cette femme lorsqu'elle atteint un âge donné plutôt que dans l'application d'une autre mesure ponctuelle pour pallier cette situation particulière.

Les femmes vivent des difficultés financières parce qu'on surimpose un revenu relativement faible tout au long de leur vie. Sous le régime de l'actuelle Loi de l'impôt sur le revenu, dès que vous touchez un revenu de 9 601 \$, vous êtes assujéti aux mêmes taux d'imposition fédéral et provincial — environ 21 p. 100 du revenu brut pour une personne qui habite en Ontario — que les personnes dont le revenu imposable se situe en deçà de 37 000 \$. Il s'agit d'une fourchette énorme, et cela représente réellement une charge fiscale excessive pour les personnes à faible revenu.

Il y a plus de 100 instruments fiscaux applicables aux conjoints dans la Loi de l'impôt sur le revenu, et il existe diverses autres dispositions fiscales qui sont fondées sur le revenu familial. Par conséquent, si l'on se fie aux simulations que j'ai réalisées, le revenu des femmes est systématiquement réduit au cours de leur

have their own saving contribution room, et cetera. They are always treated as part of an economic unit. In addition, we just do not have the statistics we need.

I believe that to rush into having a guaranteed annual income for people of a certain age and possibly a particular status is just another afterthought without dealing with how we got there in the first place. Having said that, the GIS is a guaranteed annual income for a person of a particular age. Therefore, I would certainly recommend that that be increased with the augmentations I mentioned earlier.

The Deputy Chair: What standard could we look to for increasing the GIS up to the level that it would remove men and women from poverty?

Ms. Lahey: I do not know what the right income measure would be. I have problems with all of the low-income measures, but the closest one is the after-tax low-income cut-off. That is the one that I think is the most realistic.

I think that anyone in that age group lives a virtually tax-free life and should, therefore be exempt from any of the clawbacks on the GIS and any of the other welfare wall effects that come into play. It would not be unreasonable to allow incomes of \$15,000 to \$18,000 to go completely untaxed, together with an enhanced GST credit.

Mr. Milligan: I would like to point out why a guaranteed minimum income is a bit difficult in practice, although it does seem like a very attractive idea.

The tension often comes in because you want the guaranteed amount to be high enough to alleviate poverty. However, in order to make the expenditure affordable to the government, it has to be phased out quite quickly as people get to higher income levels. The problem is that as it is phased out quickly, with a clawback rate of 40 per cent or 50 per cent, problems of labour market and savings incentives are generated. If you do not have a high clawback rate, the very big transfer will go far up the income distribution and the policy will become very expensive.

The tension is that you want to have a big transfer to people, but you have to have a high clawback rate in order to afford a big transfer. If you have a small transfer, you can have a low clawback rate, but then you do not get the poverty alleviation. That is where the tension and problems come in with implementing such a policy.

Mr. Baldwin: I wish to thank Mr. Milligan for making the general point more eloquently than I could have.

vie, car elles sont considérées comme un élément d'une famille économique au sein de laquelle elles ne peuvent jouir de leurs propres droits de cotisation, et cetera. Elles sont toujours traitées comme faisant partie d'une unité économique. En outre, nous n'avons tout simplement pas les statistiques dont nous aurions besoin.

À mon avis, le fait d'adopter de façon précipitée une mesure comme le revenu annuel garanti pour les personnes d'un certain âge et peut-être pour celles se trouvant dans une situation financière particulière revient tout simplement, encore une fois, à agir après coup sans tenir compte des facteurs à l'origine d'une telle situation. Cela étant dit, le SRG correspond à un revenu annuel garanti pour une personne d'un certain âge. Par conséquent, je recommanderais sans réserve que le SRG soit augmenté au moyen des mécanismes que j'ai mentionnés plus tôt.

Le vice-président : Sur quelle mesure devrions-nous nous appuyer pour augmenter le SRG jusqu'à un niveau qui permettrait à une personne de s'affranchir de la pauvreté?

Mme Lahey : Je ne saurais vous dire quelle mesure conviendrait le mieux. J'ai des réserves concernant toutes les mesures de faible revenu, mais je crois que le seuil de faible revenu après impôts serait la mesure la plus adéquate. À mon sens, elle serait la plus réaliste.

Toute personne appartenant à cette tranche d'âge n'est pratiquement pas imposée, et, par conséquent, je crois qu'elle devrait être exemptée de toute récupération concernant le SRG et préservée de tous les effets liés au piège de l'aide sociale qui entrent en jeu. Il serait tout à fait raisonnable qu'une personne touchant un revenu de 15 000 \$ à 18 000 \$ ne soit pas assujettie à l'impôt et qu'elle ait droit à un crédit pour TPS plus élevé.

M. Milligan : J'aimerais expliquer pourquoi, en pratique, il peut être un peu difficile d'instaurer un revenu minimal garanti, même si l'idée peut sembler en effet très séduisante.

Une mesure semblable peut parfois être source de dilemme parce que l'on veut que le montant garanti soit assez élevé pour soulager la pauvreté. Toutefois, pour que le gouvernement soit en mesure d'assumer cette dépense, les prestations versées doivent diminuer assez rapidement à mesure que le revenu augmente. Or, la diminution rapide des prestations, assortie à un taux de récupération de 40 ou de 50 p. 100, finirait par nuire au marché de l'emploi et aux mesures incitatives à l'épargne. D'un autre côté, si le taux de récupération n'est pas assez élevé, les prestations seraient alors substantielles et versées jusqu'à un seuil assez élevé sur l'échelle des revenus, de sorte que l'application de cette mesure serait très coûteuse. Il s'agit donc d'un dilemme.

Si l'on verse des prestations importantes aux gens, il faut prévoir un taux de récupération élevé pour avoir les moyens d'offrir un tel montant. Si on offre des prestations modestes, on peut se permettre d'appliquer un faible taux de récupération, mais, de cette façon, on ne soulage pas la pauvreté. Voilà pourquoi l'instauration d'une telle mesure occasionne un dilemme.

M. Baldwin : Je souhaite remercier M. Milligan; il a exprimé l'idée générale de façon bien plus éloquent que je ne l'aurais fait.

In looking at tax measures for low-income people, the further you can go in consolidating all low-income tax measures into a single measure, the less problem you will have with incentive effects. I worry that when we start layering one tax measure on top of another targeted at low-income people we end up creating tranches of taxable income with extremely high marginal tax rates, which is why my preference would be not to do both a GST credit and GIS. My sense is that the more you can consolidate the better off you will be in terms of incentive effects.

The Deputy Chair: Which one would you choose? If you are not going to consolidate, how would you solve the problem?

Mr. Baldwin: As Professor Lahey pointed out, we have the key elements in a minimum income program for elderly Canadians in the form of OAS and GIS. Clearly, just following along from Mr. Milligan's logic, the advantage of addressing low income through OAS is that it does not have the disincentive effect of a 50 per cent clawback. For every dollar you raise the OAS benefit, you probably disburse about three times what you would if you raised the maximum GIS by a dollar. That is the concrete, real-world tension in deciding how to manage those two programs in order to address poverty.

Bernard Dussault, Senior Research and Communications Officer, Federal Superannuates National Association: We have three proposals in mind. First, the basic tax exemption for everyone is presently between \$9,000 and \$10,000. We believe that it could be increased to the LICO level. Any income that is below the poverty level should not be taxed, so that would be around \$15,000. In that way, we would not have to claim that the GIS benefits are not taxable. GIS benefits are income and should be taxable in the same way as any other income.

I do not consider that the GIS is clawed back. It exists as a so-called clawback for the purpose of fairness. It would not be fair for those who are at this level if a minimum benefit were paid to everyone. We need to keep the 50 per cent factor in order to bring people who are under the LICO to 50 per cent of the difference between their individual level and the poverty level.

Our second proposal is that, because the 50 per cent adjustment in the GIS prevents everyone from getting to the minimum poverty level, that could be alleviated by increasing the LICO level, at which point it would no longer be a LICO. It could be increased to \$20,000 or \$25,000. As someone said, there is no magic number. We could look back at the proposed seniors' benefit of 1996. The levels may not have been perfect, as nothing is, but it was trying to address this issue.

Pour ce qui est des mesures fiscales à l'intention des personnes à faible revenu, plus il y a possibilité de les regrouper en une seule et unique mesure, moins il y aura de répercussions sur les incitations. Si l'on commence à appliquer une mesure fiscale par-dessus une autre en vue d'aider les personnes à faible revenu, je crains qu'on finisse par créer des tranches de revenu imposable assujetties à des taux marginaux d'imposition très élevés. Par conséquent, je préconiserais de ne pas verser à la fois un crédit pour TPS et un SRG. À mon sens, plus on est en mesure d'intégrer ces instruments fiscaux, moins on affaiblit les mesures incitatives.

Le vice-président : Pour quelle solution opteriez-vous? Si l'on décide de ne pas regrouper ces mesures, comment pourrions-nous régler autrement la situation?

M. Baldwin : Comme l'a précisé Mme Lahey, nous disposons déjà des éléments clés d'un programme de revenu minimal pour les aînés canadiens, sous la forme de la SV et du SRG. Pour suivre le raisonnement de M. Milligan, quand vient le temps d'aider les personnes à faible revenu, la SV a évidemment l'avantage de ne pas présenter l'effet dissuasif associé à un taux de récupération de 50 p. 100. Chaque fois qu'on augmente la prestation de la SV de 1 \$, on dépense probablement trois fois plus d'argent qu'on ne le ferait si on augmentait le maximum du SRG de 1 \$. C'est le dilemme réel devant lequel on se trouve lorsqu'il faut déterminer comment gérer ces deux programmes pour lutter contre la pauvreté.

Bernard Dussault, agent principal de recherche et de communications, Association nationale des retraités fédéraux : Nous avons trois propositions en tête. Tout d'abord, le montant d'exemption de base pour tous les contribuables se situe actuellement entre 9 000\$ et 10 000 \$. Nos croyons que ce montant de base pourrait être augmenté au seuil de faible revenu. Tout revenu situé sous le seuil de la pauvreté, c'est-à-dire en deçà d'un montant d'environ 15 000 \$, ne devrait pas être assujéti à l'impôt. De cette façon, il ne serait plus nécessaire de considérer les prestations du SRG comme non imposables. Ce type de prestation a valeur de revenu et devrait être assujéti à l'impôt comme toute autre forme de revenu.

Je ne considère pas qu'une partie du SRG est récupérée. Le soi-disant taux de récupération existe à des fins d'équité. Si l'on versait une prestation minimale à tous, ce ne serait pas juste pour les personnes dont le revenu se situe déjà au seuil de faible revenu. Nous devons continuer d'appliquer la règle des 50 p. 100, c'est-à-dire de combler 50 p. 100 de l'écart entre le faible revenu d'une personne et le seuil de pauvreté.

En second lieu, étant donné que le redressement de 50 p. 100 offert par le SRG empêche quiconque d'atteindre le seuil de la pauvreté, nous proposons l'augmentation du SFR, de sorte qu'on ne pourrait plus parler d'un SFR. Il pourrait passer à 20 000 \$ ou à 25 000 \$. Comme l'a mentionné quelqu'un, il n'y a aucun chiffre magique. Nous pourrions envisager de nouveau l'idée de la prestation pour aînés qui a été proposée en 1996. Les montants proposés n'étaient peut-être pas parfaits, rien ne l'est, mais, au moins, cette initiative tentait de corriger la situation.

Senator Stratton: These issues are important for anyone below the poverty level, but women generally take the brunt of poverty.

We are quickly being faced with a severe and dramatic shortage of skilled workers, and this will become even more dramatic soon. Seniors are becoming healthier as time goes by. My children and yours will be healthy well into their eighties and nineties, as compared to us, who did not have a particularly healthy lifestyle.

Having considered all these recommendations, I believe that we need to provide incentives and benefits to seniors to continue working. One of the witnesses said an income increase without penalty from \$500 to \$3,500 for seniors is really a worthy step.

Would you agree that if we were trying to raise the poverty levels of seniors that we also must look at incentives to keep them working? It keeps them active in the community both physically and mentally, and keeps them healthy. That is my personal view. To have incentives for them to continue working is essential, with that severe problem we have facing us.

How would you address the issue of encouraging seniors to continue working as long as possible? It is like having them stay in their own homes.

Mr. Dussault: When the aging of the population started to be projected in the 1970s, 1980s and 1990s, we became more and more concerned with this problem. I think the answer is partly in the question you have raised. The shortage of workers should be the answer to this problem.

We do not have to find incentives for seniors to work, because there is a shortage of workers. As Mr. Baldwin mentioned, there are more and more non-retired seniors because of the shifting of all the steps in life. Many seniors still have obligations that previous generations of senior did not have.

I think the shortage in the workforce will be the natural solution for having more seniors go to work. They do not need incentives; the incentives are there. There is a shortage of workers. All of this should balance out automatically.

Senator Stratton: For example, someone might work part time as a clerk in a store, because seniors do not necessarily want to work full time. One of the men I worked with said that when he retires he would take a part-time job at Wal-Mart just to keep himself active.

Le sénateur Stratton : Ces questions sont primordiales pour quiconque se trouve sous le seuil de la pauvreté, mais, en général, ce sont les femmes qui sont le plus durement touchées par la pauvreté.

Nous allons tout droit vers une grave pénurie de travailleurs qualifiés, et, très bientôt, les choses iront de mal en pis. Les prochaines générations d'ainés seront beaucoup plus en santé que la nôtre. En effet, mes enfants et les vôtres seront sûrement en bonne santé lorsqu'ils atteindront 80 ou 90 ans, comparativement à notre génération, qui n'avait pas un mode de vie particulièrement sain.

Après m'être penché sur toutes les recommandations, je crois que nous devons inciter les aînés à continuer de travailler au moyen de mesures incitatives et d'avantages. L'un des témoins a mentionné que l'augmentation du revenu des aînés de 500 à 3 500 \$ sans l'imposition d'une pénalité est vraiment un pas dans la bonne direction.

Ne croyez-vous pas que, si nous augmentions le seuil de pauvreté pour les aînés, nous devrions également penser à mettre en place des mesures incitatives pour les encourager à rester sur le marché du travail? En continuant de travailler, les aînés demeurent actifs sur le plan tant physique que mental, ce qui les garde en santé. C'est mon avis. Je crois qu'il est essentiel qu'on les encourage à rester sur le marché du travail, compte tenu de la grave pénurie de travailleurs qualifiés qui nous menace.

Comment croyez-vous que nous devrions encourager les aînés à continuer à travailler aussi longtemps que possible? Dans un sens, ce mode de vie leur permettrait de continuer d'habiter dans leur maison.

M. Dussault : Dans les années 1970, 1980 et 1990, lorsque les prévisions concernant le vieillissement de la population ont commencé à se multiplier, on a pu saisir toute l'ampleur de la menace. Je crois que le fait de poser la question, comme vous l'avez fait, permet en partie d'y répondre. La pénurie de travailleurs devrait nous aider à venir à bout de ce problème.

Nous ne sommes pas obligés de trouver des mesures pour inciter les aînés à travailler parce qu'une pénurie de travailleurs se fait sentir. Comme l'a précisé M. Baldwin, de plus en plus d'ainés retardent le moment de la retraite en raison du déplacement des grandes étapes de la vie. Bon nombre d'ainés ont des obligations que ceux des générations précédentes n'avaient pas.

À mon avis, la pénurie de main-d'œuvre représentera la solution naturelle pour inciter davantage les aînés à travailler. Nous n'avons pas besoin de mettre en place des mesures incitatives, elles sont déjà là. Il y a un manque de travailleurs. Tout devrait s'équilibrer automatiquement.

Le sénateur Stratton : Par exemple, une personne pourrait travailler à temps partiel comme commis dans un magasin, car les aînés ne veulent pas nécessairement travailler à temps plein. L'un des hommes avec qui j'ai déjà travaillé m'a dit que, lorsque qu'il prendrait sa retraite, il irait travailler à temps partiel chez Wal-Mart seulement pour demeurer actif.

You need and want to give seniors the incentives to do that kind of thing, particularly if they receive OAS. You want them to be able to continue in the workforce.

Mr. Baldwin, you said it should be a collaborative effort. In a collaborative effort, the private sector is involved. What can government do to encourage seniors to continue working?

Mr. Baldwin: First, I would be less worried about labour shortages than most people would, because there are natural market reactions that tend to respond to them, and some of those reactions will have positive consequences.

I was struck by the fact that a lot of attention was being focused on people working after 65 years of age. The reality is that over the period from the 1970s through to the mid-1990s, the bigger issue was getting people to work until they reached the age of 65, not beyond. That is important, because some of the incentive issues that garner quite a lot of attention in the report are only relevant at age 65 and beyond.

Within that framework, I said one of the generic issues you might be interested in is how the work experience itself might be modified so that work becomes more attractive to people.

I think there are some useful things for government to do in this regard and although governments alone cannot change what happens at individual, private-sector workplaces, they can undertake advocacy and research. I note, for example, that several years ago the labour program at Human Resources and Social Development Canada produced a very interesting catalogue of collective agreement provisions that were relevant to older workers — relevant in the sense of making the work experience more attractive so that people might be more willing to stay. There is research work that can be done.

If there is going to be any collaborative effort, governments can create forums where they bring together people from business and labour to talk about the issues of workplace change and how to make workplaces more appealing for older workers. I know the labour program made a small initiative in this regard a few years back, but I do not believe there was any follow-up to it.

I think it is important to realize government cannot do it alone. If you are going to get a collaborative effort, I think government is probably going to have to take a leadership role. Sadly there are not many institutions in this country that bring business and labour people together on a regular basis.

Mr. Milligan: As Mr. Baldwin just mentioned, the retirement trend especially among males from the 1970s to the 1990s, was towards early retirement. Since the 1990s, we have seen an increase in workforce participation, especially among those in the range of 60 years to 64 years.

Il faut inciter les aînés à agir de la sorte, surtout s'ils reçoivent des prestations de la SV. Nous voulons qu'ils demeurent au sein de la population active.

Monsieur Baldwin, vous affirmez que de telles mesures devraient résulter d'une collaboration. Pour cela, il faut la participation du secteur privé. Que peut faire le gouvernement pour encourager les aînés à rester au sein de la population active?

M. Baldwin : Premièrement, je ne m'inquiéterais pas outre mesure au sujet de la pénurie de main-d'œuvre, contrairement à la plupart des gens, parce que des réactions naturelles du marché ont tendance à corriger ce genre de situation, et certaines de ces réactions se traduiront par des répercussions positives.

J'ai été étonné par le fait qu'on accordait beaucoup d'attention au phénomène des personnes qui travaillent après 65 ans. En fait, des années 70 jusqu'au milieu des années 90, on essayait avant tout de trouver un moyen d'encourager les gens à travailler jusqu'à 65 ans, et non au-delà. C'est important de le souligner, parce que certaines des mesures incitatives énoncées dans le rapport qui suscitent beaucoup d'intérêt ne peuvent s'appliquer qu'aux personnes de 65 ans et plus.

Dans un même ordre d'idées, j'ai dit plus tôt que vous auriez peut-être avantage à trouver comment modifier l'expérience de travail de façon à la rendre attrayante aux yeux des gens.

Je crois que, pour ce faire, le gouvernement peut opter pour un certain nombre d'initiatives, et que, même s'il ne peut changer les politiques dans les milieux de travail du secteur privé, il peut toujours mener des campagnes de sensibilisation et des recherches. Il y a plusieurs années, les responsables du Programme du travail de Ressources humaines et Développement social Canada ont publié un répertoire très intéressant présentant les dispositions des conventions collectives qui sont utiles aux travailleurs âgés — utiles dans le sens où elles bonifient l'expérience de travail pour que les gens soient plus enclins à continuer de travailler. On peut mener diverses recherches à ce sujet.

Pour qu'il y ait une réelle collaboration, le gouvernement peut former des groupes de discussion visant à rassembler des gens du milieu des affaires et du milieu syndical pour qu'ils discutent des différentes façons de rendre l'environnement de travail attrayant pour les travailleurs aînés. Je sais que le Programme du travail a mis en place une initiative modeste en ce sens il y a quelques années, mais je ne crois pas qu'on y a donné suite.

Il faut bien se rendre compte que le gouvernement ne peut pas y parvenir en faisant cavalier seul. Si vous envisagez un effort conjoint, je crois que le gouvernement devra probablement mener la barque. Malheureusement, peu d'institutions au Canada se préoccupent de réunir régulièrement les gens d'affaires et les syndicats pour qu'ils discutent de ces questions.

M. Milligan : Comme vient juste de le mentionner M. Baldwin, des années 1970 aux années 1990, la tendance était à la retraite précoce, surtout chez les hommes. Or, depuis les années 1990, nous constatons une augmentation des travailleurs âgés au sein de la population active, particulièrement parmi ceux qui se trouvent dans la tranche des 1960 à 64 ans.

Tammy Schirle from Wilfrid Laurier University has shown that this is tied directly to the workplace behaviour of the spouse. As women are in the workforce more in recent cohorts, men delay retirement so they can retire at the same time as their spouse. This brings up the point that thinking about this in a family context; those things matter.

I have done some work that looks at the GIS, the CPP and the labour-market incentives in them. We have talked about the post-65 years-of-age earnings exemption, which is a good thing. However, for the 60- to 64-year-old seniors, the most important labour-market incentive they face relates to the actuarial adjustment mechanisms in the Canada Pension Plan. That is something that could be looked at.

Finally, I want to echo a point that Mr. Baldwin made earlier. I agree with Senator Stratton that encouraging labour-force participation among the elderly has many benefits, but it is important to keep in mind that not everyone has a choice. About 25 per cent of people who retire in those age ranges retire because of health reasons. Another 10 per cent retire to care for a family member. Those people do not necessarily have a choice and, therefore, you want to make sure you design a system that treats those people fairly.

Mr. Veall: The essential problem is the GIS has such a strong disincentive; we need to displace the GIS. One way to do that is to enhance the Canada Pension Plan in coverage and amount.

Ms. Lahey: Pension income splitting creates a significant barrier to wage force participation by the lower income spouse; the person who does not have pension income that needs to be split. When added together with all of the other joint-taxation instruments that inferentially create labour-force participation barriers for the secondary earner, the pension income splitting is really a very big consideration.

It has an interesting impact because pension income splitting is useless to lower-income couples and marginally useful for couples who have incomes even in the \$45,000 range. It is not until couples have income up into the pension-income levels of \$60,000 or more that you start to see any sort of impact.

If there are people who are affected by that, they will be faced with a very strong financial disincentive to labour-force participation any later than tax planning would indicate. That would be one thing that could be put on the list of things to consider changing.

Sen. Cordy: I look at my generation, and all of my friends are leaving the workforce between the ages of 55 years and 61 years. Many of them do go back to work on a contract or part-time basis. My daughter's friends, who are in their late 20s, are just

Tammy Schirle, de l'Université Wilfrid-Laurier, a montré que ce phénomène est directement lié au comportement de l'épouse sur le marché du travail. Comme les femmes appartenant aux dernières cohortes sont beaucoup plus actives sur le marché du travail, les hommes retardent le moment de la retraite pour cesser de travailler en même temps que leur épouse. Ce qui m'amène à dire que nous devrions envisager cette question sous un angle familial, car ces éléments entrent en ligne de compte.

J'ai fait quelques recherches sur le SRG et le RPC ainsi que sur les incitatifs au marché du travail associés à ces formes de prestations. Nous avons parlé de la rémunération exemptée d'impôt pour les travailleurs de plus de 65 ans, ce qui est une bonne chose. Toutefois, pour les aînés de 60 à 64 ans, les rajustements actuariels compris dans le Régime de pensions du Canada représentent l'incitatif en faveur du marché du travail le plus important. On pourrait avoir avantage à examiner ce mécanisme.

Enfin, j'aimerais me faire l'écho de M. Baldwin : je suis d'accord avec le sénateur Stratton quand il dit que la participation des aînés au marché du travail présente de nombreux avantages, mais il ne faut pas perdre de vue que ce n'est pas tout le monde qui a le choix. Environ 25 p. 100 des gens appartenant à ce groupe d'âge prennent leur retraite pour des raisons de santé, tandis que 10 p. 100 le font pour s'occuper d'un membre de leur famille. Ces personnes n'ont pas nécessairement le choix, et, par conséquent, on veut être certain de mettre au point un mécanisme équitable pour elles.

M. Veall : La principale lacune du SRG, c'est qu'il dissuade fortement les gens de travailler; nous devons donc supprimer le SRG. Pour ce faire, nous pourrions, par exemple, augmenter la prestation et la portée du Régime de pensions du Canada.

Mme Lahey : Le fractionnement du revenu de pension crée un obstacle important à la participation au marché du travail pour l'époux dont le revenu est inférieur, soit la personne qui ne reçoit pas la pension à fractionner. Quand on ajoute au fractionnement toutes les autres dispositions fiscales applicables aux conjoints, qui, indirectement, ont un effet dissuasif sur la participation au marché du travail pour le deuxième soutien, le fractionnement du revenu de pension devient un aspect très important à prendre en considération.

Il s'agit d'une incidence intéressante, car le fractionnement du revenu de pension n'est d'aucune utilité pour les couples à faible revenu, et il profite même très peu aux couples dont le revenu familial se situe aux alentours de 45 000 \$. Ce n'est que lorsque les couples touchent un revenu de pension de 60 000 \$ ou plus que les avantages fiscaux commencent à se faire sentir.

Certaines personnes seront donc très fortement dissuadées de rester sur le marché du travail dès que la planification fiscale leur permettra de constater tous les avantages du fractionnement. Cet instrument fiscal pourrait être ajouté à la liste des mesures qu'on pourrait envisager de modifier.

Le sénateur Cordy : Si je pense aux gens de ma génération, tous mes amis prennent leur retraite entre 55 et 61 ans. Nombre d'entre eux recommencent à travailler à contrat ou à temps partiel. Les amis de ma fille, qui sont à la fin de la vingtaine, commencent tout

entering the full-time work force at that age. It will be interesting to try to forecast and see what will happen to them and when they will be able to leave the workforce and make enough income to live on.

Ms. Lahey, I think we are all delighted to see the Canadian poverty rate go down. When you look specifically at that 10 per cent, you certainly see that women make up a large percentage of those living in poverty. Mr. Veall, you also provided some examples. You mentioned immigrants and seniors with dependent children. I would be interested to know if they are mainly women.

Ms. Lahey, you provided good examples of financial incentives for women in order to help them alleviate poverty. One of the things you mentioned was money must be given directly to them. You went over that quickly, and I wonder if you could expand on that a little bit. My understanding is that if it is in the form of a tax break or a tax credit, it will not benefit those who do not have anything because they are not making enough income to pay taxes.

Could you go over what would be the most beneficial thing that we could recommend the federal government do in terms of taxation?

Ms. Lahey: Women have relatively less financial autonomy than men do. Much of women's economic resourcing comes to them in a derivative way. They derive it from family property law, which presumes a 50/50 split. They derive it from the splitting of Canada Pension Plan entitlements, but they get to own the part that is split to them. They derive survivor benefits under work-related pension plans. They receive survivor benefits in relation to Registered Pension Plans. They can have spousal RRSPs, and they will own those assets as their own property, but they receive them derivatively through their spouse or cohabitant.

With the pension income splitting, a woman derives nothing except whatever increased financial capacity the couple might have. She does not own the pension income notionally split to her. She does not receive the tax refund that comes to her. She is liable for tax not paid with respect to the income, but she gains no ownership interest. Similarly, with the tax-free savings accounts, which can be set up as spousal or cohabitant accounts, a derivative interest can be set up so she cannot even say who inherits it. She may own it in a life interest form in property law terms.

Women's interests in so many of these creations of the tax system are partially derivative, and they all operate as disincentives to women gaining their own independent assets.

A very fundamental thing that needs to happen, which is increasingly happening in most EU countries, in most of the OECD countries and in less developed countries around the

juste à intégrer le marché du travail à temps plein. Il sera intéressant d'essayer de prévoir et d'observer ce qu'il adviendra des membres de cette génération, c'est-à-dire à quel moment ils feront assez d'argent pour être capables de prendre leur retraite.

Madame Lahey, je crois que nous sommes tous très heureux de constater que le taux de pauvreté au Canada est en déclin. Lorsqu'on décortique ce taux de 10 p. 100, on remarque à coup sûr que les femmes forment une grande proportion des personnes pauvres. Monsieur Veall, vous avez également cité quelques exemples. Vous avez parlé des immigrants et des aînés qui ont des enfants à charge. Je serais curieuse de savoir si ces groupes de personnes se composent principalement de femmes.

Madame Lahey, vous avez donné quelques bons exemples d'incitations financières visant à aider les femmes à s'affranchir de la pauvreté. Vous avez dit, entre autres, qu'il faudrait que l'argent leur soit directement versé. Vous avez exposé votre idée assez brièvement, et je me demandais si vous pourriez la développer un peu. Selon moi, si cette mesure prend la forme d'un allègement fiscal ou d'un crédit d'impôt, elle ne sera d'aucune utilité pour les personnes à faible revenu parce que celles-ci ne font pas assez d'argent pour payer de l'impôt.

Pourriez-vous nous donner un aperçu de ce que serait la mesure fiscale la plus profitable pour les femmes à faible revenu afin que nous puissions en recommander l'application au gouvernement fédéral?

Mme Lahey : Les femmes ont relativement moins d'autonomie financière que les hommes. Les ressources financières dont disposent les femmes proviennent en grande partie de sources indirectes. En effet, elles possèdent des avoirs en vertu du droit relatif aux biens familiaux, qui prévoit un partage à parts égales. En outre, elles tirent un revenu grâce au partage des droits de cotisation du Régime de pension du Canada, et elles possèdent la part des droits qui leur revient. Elles reçoivent des prestations de survivant grâce aux régimes de pension offerts en milieu de travail. Elles peuvent cotiser à un REER de conjoint, et elles posséderont cet actif, mais elles le touchent indirectement, par l'intermédiaire de leur époux ou conjoint.

La femme ne retire aucun avantage du fractionnement du revenu de pension, à l'exception d'une certaine augmentation de la capacité financière du couple. Elle ne possède pas la part du revenu de pension qui lui est théoriquement versée. Elle ne reçoit pas le remboursement d'impôt qui lui revient. Elle est responsable du paiement de l'impôt sur ce revenu, mais elle n'obtient aucune participation au régime. En outre, pour ce qui est des comptes d'épargne libres d'impôt, qui peuvent prendre la forme d'un compte conjoint, le traitement réservé à l'intérêt dérivé est tel que l'épouse ou la conjointe ne saurait dire qui en hérite. Elle peut en être titulaire sous la forme d'un intérêt viager en vertu du droit des biens familiaux.

Bon nombre de dispositions fiscales font que les femmes touchent un revenu en partie dérivé, et cette situation les empêche d'acquérir leurs propres actifs.

De plus en plus de pays membres de l'Union européenne, de pays membres de l'OCDE et de pays en développement séparent le couple sur le plan fiscal et considèrent tous les époux comme

world is unlinking the couple from each other fiscally and treating all spouses as individuals so that they have their own entitlements and they do not lose benefits by virtue of their relationship to another person. That is a big job, and it will take a lot of work. Right now in Canada, we are sort of going the opposite direction. That is the very first thing that needs to be done.

In the meantime, what kinds of specific things can be done? I think some fairly simple and straightforward examples that I outlined could be done, such as making the GIS exemption larger and making it apply to everything.

There are now a large number of women who have accumulated RRSPs and RPPs who cannot take that money out to help pay their modest expenses because they will lose GIS. Although you can say that a 50-per-cent clawback is “fair” with respect to any social assistance that is clawed back at such an aggressive rate, it does genuinely create a real barrier because the payoff for deregistering a taxable RRSP will generate a tax on the RRSP withdrawal and it will trigger a clawback on the GIS. It is a lose-lose situation, but there are some simple solutions.

Senator Cordy: I think we have all heard sad stories of people who have taken out \$2,000 to buy a new furnace for their house only to discover they are paying back \$1,000 in taxes and perhaps losing their GIS.

I am quite interested in income splitting. When you talk about it, it sounds like the people who will benefit most are families where one spouse, usually in this generation the male, has been making a substantial income and the woman has been a stay-at-home spouse. Do you have any statistics on this situation? What income level benefits most from income splitting?

Going back to those living in poverty, the higher percentage tends to be single women who will not benefit from this at all.

Ms. Lahey: I have not worked it out according to deciles or quintiles; I have taken stages along the income brackets. A couple who has income of just under \$32,000 will get a \$500 tax benefit or tax refund from income splitting. That stays more or less the same until they hit \$40,000.

The next big jump is at \$62,000 worth of income, in which case they will get a tax refund of \$1,900. It continues to rise as people make more income. It is the classic upside-down benefit. It is costing the government \$0.6 billion per year on this particular initiative, with nothing is going to the people who need it the

des particuliers, de sorte que chaque personne dispose de ses propres droits de cotisation et ne voit pas ses prestations réduites en raison de sa relation avec une autre personne. Il serait essentiel que nous leur emboîtons le pas. C'est une entreprise colossale qui exigera beaucoup de travail. Actuellement, au Canada, nous sommes à contre-courant. Ce serait donc la toute première chose à faire.

En attendant, quelles autres mesures précises pouvons-nous mettre en place? Je crois que nous pourrions appliquer les solutions assez simples et directes que j'ai mentionnées plus tôt, comme l'augmentation de l'exemption rattachée au SRG et l'application de cette exemption à tout type de revenu.

Actuellement, une grande proportion de femmes qui ont cotisé à des REER et à des RPA ne peuvent toucher à cet argent pour payer leurs modestes dépenses parce qu'elles perdront leur SRG. Même si l'on peut dire qu'un taux de récupération de 50 p. 100 est « équitable » comparativement au taux exorbitant auquel sont soumises toutes autres formes d'aide sociale, une telle disposition de récupération constitue une véritable entrave parce que le montant reçu d'un REER sera assujéti à l'impôt, et, par conséquent, le SRG sera soumis à un taux de récupération. Il s'agit d'une situation où l'on se retrouve perdant d'une manière ou d'une autre, mais il existe des solutions très simples.

Le sénateur Cordy : Je crois que nous avons tous entendu des histoires bien tristes de gens qui, par exemple, ont retiré 2 000 \$ de leur REER pour acheter une nouvelle fournaise pour ensuite découvrir qu'ils devaient payer 1 000 \$ d'impôt et qu'on récupérerait peut-être une partie de leur SRG.

Le fractionnement du revenu de pension a piqué mon intérêt. Lorsque vous en avez parlé, vous avez semblé dire que les familles qui bénéficieraient le plus de cet instrument fiscal seraient surtout celles où l'un des époux a touché un revenu substantiel — habituellement l'homme, pour ce qui est de la génération actuelle — et où l'autre époux, en l'occurrence, la femme, est resté à la maison. Êtes-vous au courant des statistiques à ce sujet? Quel est le revenu des couples auxquels profite le plus le fractionnement?

Pour revenir aux personnes qui vivent sous le seuil de la pauvreté, ce groupe se compose dans une grande proportion de femmes seules qui ne tireront aucun profit d'une telle mesure.

Mme Lahey : Je n'ai pas réparti les revenus en déciles ou en quintiles; je n'ai tenu compte que des divisions au sein des fourchettes de revenu. Un couple dont le revenu familial se situe tout juste sous la barre des 32 000 \$ jouira d'une économie d'impôt ou d'un remboursement d'impôt de 500 \$ grâce au fractionnement du revenu de pension. Ce montant demeure plus ou moins le même jusqu'à ce que le revenu familial atteigne 40 000 \$.

La prochaine hausse marquée survient lorsque le revenu familial atteint 62 000 \$, auquel cas le couple reçoit un remboursement d'impôt de 1 900 \$. L'économie d'impôt augmente à mesure que le revenu s'accroît. C'est l'effet à rebours classique. Cette initiative particulière coûte chaque

most. Absolutely nothing is going to the lowest income Canadians.

With respect to some quick calculations, if a couple has \$120,000 of pension income that they can split, they will get a tax refund of over \$10,000. That is enough for an individual on a single income to see a radical improvement in his or her lifestyle. Why is that \$10,000 not going to the people who need it the most?

Senator Cordy: Mr. Baldwin, you talked about the shift from defined benefit to defined contribution. You said it is happening mainly in small, non-unionized companies. It seems to me that it is expanding. Maybe I misheard you, but it seems it is now going to larger companies.

Mr. Baldwin: The question of any form of pension coverage is a more serious issue in smaller, non-unionized workplaces. However, historically there has been a strong relationship between the size of firm and whether the workplace pensions are defined benefit or defined contribution. Traditionally, larger workplaces have had defined benefit plans and smaller workplaces have had defined contribution.

You are right in suggesting that in recent years there are significant examples in both the public and the private sector of large employers instituting defined contribution pension plans, and this whole world gets even muddier because we also find an increasing number of hybrid plans that involve elements of both.

I believe it is still fair to generalize that there is a movement from defined benefit to defined contribution, and it is still tends to be the case that you find more defined contribution plans at smaller workplaces.

Senator Cordy: Some people have told us that this shift can be positive because it will allow people to stay in the workplace and not be penalized for early retirement. I look at it and see many things out of our control. When it is a defined contribution, a person depends on the market and the market can fluctuate.

Should we be examining this more closely?

Mr. Baldwin: The general debate about the labour market effects of defined benefit versus defined contribution is an important debate. Notwithstanding concerns about the labour market incentives in defined benefit pension plans, they certainly offer a higher degree of certainty to plan members about what their retirement plan income will look like. Having said that, there has not been a lot of serious policy thought about how we deal with the world in front of us where much more of the pension

année 0,6 milliard de dollars au gouvernement, mais rien ne va aux personnes qui en ont le plus besoin. Les Canadiens à faible revenu ne reçoivent absolument rien.

Si l'on fait quelques calculs rapides, un couple qui touche un revenu de pensions de 120 000 \$ qu'il peut fractionner recevra un remboursement d'impôt de plus de 10 000 \$. Ce montant serait suffisant pour qu'une personne seule constate une amélioration radicale de son mode de vie. Pourquoi ces 10 000 \$ ne sont-ils pas versés aux personnes qui en ont le plus besoin?

Le sénateur Cordy : Monsieur Baldwin, vous avez dit que les gens ont tendance à délaisser le régime à prestations déterminées au profit d'un régime à cotisations déterminées. Vous avez précisé que ce phénomène se produit principalement dans les petites entreprises où les employés ne sont pas syndiqués. Il me semble que cette situation prend de l'ampleur. Peut-être vous ai-je mal compris, mais on dirait que cette tendance est en train de gagner les grandes entreprises.

M. Baldwin : La question des régimes de pension, de quelque forme qu'ils soient, touche surtout les petites entreprises dont les employés ne sont pas syndiqués. Toutefois, il y a toujours eu une forte corrélation entre la grandeur de l'entreprise et le type de régime de pension qu'on y met en place, c'est-à-dire la préférence pour un régime à prestations déterminées ou à cotisations déterminées. Traditionnellement, les grandes organisations se dotaient d'un régime à prestations déterminées, alors que les petites entreprises préféraient un régime à cotisations déterminées.

Vous avez raison d'avancer que, au cours des dernières années, on a pu observer que des gros employeurs issus des secteurs tant public que privé ont mis en place des régimes de pension à cotisations déterminées, et, pour compliquer davantage les choses, de plus en plus d'employeurs ont recours à des régimes hybrides qui présentent des éléments empruntés aux deux types de régime.

À mon avis, on peut quand même généraliser et affirmer que la tendance est actuellement au régime à prestations déterminées plutôt qu'au régime à cotisations déterminées, et qu'il est toujours vrai que les petits employeurs privilégient surtout le régime à cotisations déterminées.

Le sénateur Cordy : Certaines personnes nous ont dit que ce changement comporte des avantages parce qu'il permet aux personnes de continuer à travailler pour leur employeur et de ne pas être pénalisées pour leur retraite précoce. Toutefois, si on y regarde de plus près, on peut constater que nombre d'éléments sont indépendants de notre volonté. Lorsqu'il s'agit d'un régime à cotisations déterminées, le cotisant est tributaire du marché, qui fait l'objet de fluctuations.

Devrions-nous examiner plus attentivement cette question?

M. Baldwin : Il va sans dire que tout le débat entourant le régime à prestations déterminées, le régime à cotisations déterminées et leur incidence respective sur le marché du travail est important. Même si les régimes à prestations déterminées suscitent des préoccupations parce qu'ils découragent la participation au marché du travail, ils ont l'avantage de donner à leurs membres un très bon aperçu du revenu qu'ils toucheront à la retraite. Cela étant dit, on a sérieusement réfléchi à des

provision is defined contribution. I do not think, for example, the responsibilities of organizations that sponsor these plans to provide an appropriate range of choice to plan members, to provide them with access to counselling, are issues that have become the focus of litigation in the United States, for example, have not been clearly addressed in this country.

We have a problem of very high fees that are charged by most of the financial institutions that offer individual savings arrangements. In a comparative study of these fees in 18 countries, Canada stood out as having the highest fees of any country in the study, which is a worrisome thing that probably deserves some policy attention.

Again, going to Ms. Lahey's point about gender differences, I think the way in which absences from employment are handled in defined contribution pension plans is an important issue to look into. There is some U.S. evidence that suggests there are systemic differences between men and women in the way they invest, which again may produce systematically different outcomes by gender. The question of the degree to which we insist on the annuitization of individual retirement savings accumulations needs to be addressed.

There are many unresolved questions about how we want to manage a pension world in which people rely more heavily on defined contribution plans.

Senator Mercer: I want to ensure that I get this straight when we are talking about defined benefits and defined contributions, because I want to go back to the earlier statement about most people who are in a problem are in non-union small shops. Is that not the majority of Canadians? We are a country of small businesses and, unfortunately, not all of us are unionized and so we do not have the benefit of the protection of the collective agreement.

How do we solve that problem? It seems to me that we can talk about government programs but there is also the issue of the systemic problems in a whole sector of society, people working in small businesses are at the whim of employers. There is no real protection for them because they are not organized. That goes for the employers as well. I do not want to sound totally on the side of the employees, although that is where I tend to stand. It is an important issue. How do you solve it for both groups — the employers and the employees?

Mr. Baldwin: One way to solve it is through the Canada Pension Plan, which could be expanded on either a compulsory or an opt-in basis, which I gather is what the superannuates have implied they envisage. In this plan, small employers who want to

politiques qui nous permettraient de composer avec la forte tendance à recourir à des régimes de pensions à cotisations déterminées. Par exemple, je crois que la responsabilité des promoteurs de ces régimes de fournir aux membres un éventail approprié de choix et un accès à des services de consultation — question qui, par exemple, fait l'objet de litiges aux États-Unis — n'a pas été assez longuement débattue dans notre pays.

Il y a aussi le problème des frais très élevés qu'imposent la plupart des institutions financières offrant des produits d'épargne-retraite personnelle. Une étude comparant les frais appliqués dans 18 pays révèle que le Canada est le pays où les institutions financières imposent les frais les plus élevés, et cette situation inquiétante mériterait probablement qu'on s'y attarde.

Encore une fois, pour faire allusion aux propos de Mme Lahey sur l'écart entre les sexes, je crois qu'il serait important que l'on examine la façon dont les régimes de pension à cotisations déterminées interprètent les absences du travail. Certaines recherches menées aux États-Unis donnent à penser qu'il y a des différences systémiques entre la façon dont les hommes et les femmes investissent, ce qui peut donner lieu à des résultats systématiquement différents selon le sexe. Il faut également se demander dans quelle mesure on doit insister sur la conversion des épargnes personnelles en rentes de retraite.

Il semble que nous n'ayons pas encore entièrement déterminé comment nous voudrions gérer le monde des pensions, au moment où les gens se tournent de plus en plus vers des régimes à cotisations déterminées.

Le sénateur Mercer : Je veux être certain de bien comprendre de quoi il retourne lorsque nous parlons des prestations déterminées et des cotisations déterminées, parce que je veux revenir sur une déclaration précédente selon laquelle la plupart des gens qui se retrouveront dans l'impasse sont ceux qui travaillent dans des petites entreprises non syndiquées. N'est-ce pas là la situation dans laquelle sont la majorité des Canadiens? Le Canada est le royaume de la petite entreprise, et, malheureusement, les PME ne sont pas toutes syndiquées, de sorte que les employés ne peuvent bénéficier de la protection d'une convention collective.

Comment pouvons-nous régler ce problème? Nous pouvons parler des programmes gouvernementaux autant que nous voulons, mais il ne faut pas perdre de vue qu'il existe des problèmes systémiques qui touchent tout un pan de la société, c'est-à-dire les personnes qui travaillent dans des petites entreprises et qui sont à la merci des employeurs. Ils ne bénéficient d'aucune protection réelle parce qu'ils manquent d'organisation, tout comme les employeurs, d'ailleurs. Je ne veux pas donner l'impression que je suis du côté des employés, quoique ce soit normalement sur celui-là que je penche. C'est un dossier important. Comment remédier à la situation pour les deux groupes, soit les employeurs et les employés?

M. Baldwin : Nous pourrions entre autres y remédier grâce au Régime de pensions du Canada, dont la portée supplémentaire pourrait être obligatoire ou facultative. Si je ne m'abuse, c'est la formule qu'envisagent les retraités. Dans ce type de régime, les

provide more pension coverage for their employees but who did not see a clear private-sector vehicle around to help them achieve that end could opt into the Canada Pension Plan.

There is also some discussion on a number of large fully funded public employee pension plans. For example, there is the Ontario Municipal Employees Retirement System, we have a number of plans in British Columbia whose funds are managed by the British Columbia Investment Management Corporation, and there is a similar corporation in Alberta.

There has been some thought that maybe they should be allowed to provide retirement savings services to individual Canadians and/or to small employers who might want to use their investment expertise to provide retirement savings vehicles to their members. No one has talked this through in detail, but there are some possibilities in this area as well.

Senator Mercer: Would that be in direct competition with private providers, who are large employers and who charge the high fees?

Mr. Baldwin: That is right. We know what the debate will look like.

It may interest you to know that the Ontario Municipal Employees Retirement System has, as a matter of policy, declared that they would like to be permitted to invest pension monies on behalf of individual citizens and companies.

Senator Mercer: We need to recognize that these funds are huge. The Ontario Teachers Pension Plan is one of the most active groups in the country in terms of investing. It has a huge portfolio. It is probably bigger than the companies they would be competing with if they were to get into the competition.

Senator Cools: I would like to thank you all for coming before us today. I would also like to say that I am always impressed by the fact that witnesses do a fair amount of work in preparation to appear before these committees. I want you to know that I appreciate it and all our colleagues appreciate it.

I was listening with some care and the subject matter is so large, so profound and so complex that sometimes it is difficult to manage. Most people live in a way where they do not foresee more than a few years ahead of time, so a lot of life is largely uncontrollable and largely uncontrolled. Aging seems to be something that just gallops up on people and one day — I know it sounds corny — a person is a certain age and all of a sudden aware of things he or she did not seem to be aware of five or ten years before. For example, when they were aged 40, they never looked ahead a few years to anticipate disability in designing their dream home. The dream master bedroom is upstairs rather than on the first floor which another person who is perhaps blessed with more foresight might have anticipated. The thing with aging is that many things happen to many people. The human experience is filled with the haphazardness and development of

petits employeurs qui voudraient élargir la portée de leur régime, mais qui n'auraient pu trouver l'instrument de placement privé qui les aurait aidés dans cette démarche, pourraient opter pour le Régime de pensions du Canada.

Par ailleurs, il se tient également des discussions sur la création de régimes de pension entièrement financés pour les employés du secteur public, comme le Régime de retraite des employés municipaux de l'Ontario. On retrouve également des régimes semblables en Colombie-Britannique — dont les fonds sont administrés par la British Columbia Investment Management Corporation — et en Alberta.

On a pensé que ces organisations pourraient être autorisées à fournir des services d'épargne-retraite à des particuliers canadiens et à de petits employeurs qui voudraient profiter de leur savoir-faire en matière d'investissements pour offrir des produits d'épargne-retraite à leurs membres. On ne semble pas s'y être attardé en détail, mais c'est une avenue à explorer.

Le sénateur Mercer : Ces organisations n'entreraient-elles pas directement en concurrence avec les fournisseurs privés, qui sont de grandes entreprises et qui imposent des frais élevés?

M. Baldwin : C'est exact. Nous savons à quoi ressemblera le débat.

Vous serez peut-être intéressé de savoir que le Régime de retraite des employés municipaux de l'Ontario a déclaré qu'en principe il aimerait avoir le droit d'investir l'argent de la pension au nom d'entreprises et de citoyens.

Le sénateur Mercer : Il faut reconnaître qu'il s'agit de fonds énormes. Le Régime de retraite des enseignantes et enseignants de l'Ontario est l'un des groupes les plus actifs au pays sur le plan de l'investissement. Il a un portefeuille énorme, probablement plus important que celui des entreprises avec lesquelles il entrerait en concurrence s'il décidait de le faire.

Le sénateur Cools : J'aimerais tous vous remercier d'être venus nous rencontrer aujourd'hui. J'aimerais aussi mentionner que je suis toujours impressionnée de constater tout le travail de préparation que font les témoins avant de se présenter devant tous les comités. Je veux que vous sachiez que je suis reconnaissante de tous ces efforts, comme le sont tous mes collègues.

J'ai écouté attentivement vos commentaires, et la question est si vaste, si profonde et si complexe, qu'elle est parfois difficile à saisir. La plupart des gens vivent leur vie sans faire de prévisions pour plus que quelques années, ce qui fait qu'une bonne partie de la vie est grandement incontrôlable et essentiellement incontrôlée. Le vieillissement semble être une chose qui rattrape rapidement les gens et, un jour — je sais que ça a l'air naïf —, une personne atteint un certain âge et se rend soudainement compte de choses qu'elle ne semblait pas remarquer cinq ou dix ans plus tôt. Par exemple, une personne de 40 ans ne voit jamais plus loin que quelques années plus tard et ne prévoit pas l'invalidité quand elle conçoit la maison de ses rêves. La chambre des maîtres rêvée se situe à l'étage plutôt qu'au rez-de-chaussée, tandis qu'une personne peut-être plus prévoyante y aurait peut-être pensé. Le problème, avec le vieillissement, c'est que les gens ne le vivent pas

life. Someone here said that many types of retirement are accidental, things happen — disability, family problems, sickness, et cetera.

Understanding that we cannot control the vicissitudes of life, could you answer my question about the lifestyles of people moving toward the aging years?

I was told a few weeks ago that there is a dramatic increase in the building of new houses. There is a dramatic increase in the inclusion of granny suites or planned accommodation for aging in-laws and parents. I know of an individual who had an older aunt that in the old days we would have called the spinster aunt.

Is there any truth that there is such an increase and builders are beginning to address those questions? If there is an increase, what would be the impact on the design of new homes given that others are aging and will have to be accommodated? What will be the impact on poverty and on the mental and emotional well-being of the persons who will occupy those suites?

A friend of mine, who is my age, buried her 94-year-old grandmother about two weeks ago. She was able to keep that splendid woman very happy through her aging years just by anticipating the question of accommodation and by keeping her close to the family.

Should we not begin to contemplate some of these considerations?

Ms. Lahey: I will take the opportunity to speak to one aspect of that issue. It is true that more care work is expected from families. Construction costs are one dimension. However, another very important dimension of this is that women have spent much of their working lives waiting for more assistance from the government, through the tax system if not as the result of direct spending, to enable them to meet their child care needs.

Having been disappointed in that search, women are discovering that society expects them, based on their gender, to begin volunteering a great deal of unpaid care giving work for other members of the family. There is definitely a gender impact in this instance.

The Caregiver Tax Credit in the Income Tax Act is woefully inadequate to offset the financial impact that kind of responsibility involves. It speaks to the urgency of doing something about the imbalance in the amount of unpaid work that women are expected to perform in Canada at the same time that they are expected to make do on significantly lower incomes at all ages.

de la même façon. L'expérience humaine est remplie de hasards, et la vie évolue. Quelqu'un a mentionné, plus tôt, que la retraite survient bien souvent de façon accidentelle; des événements surviennent : une invalidité, des problèmes familiaux, une maladie, et cetera.

Pouvez-vous, tout en tenant compte du fait que nous ne pouvons maîtriser les vicissitudes de la vie, répondre à ma question sur le style de vie des personnes qui approchent de l'âge de la retraite?

On m'a dit, il y a quelques semaines, que le nombre de nouvelles maisons construites connaît une augmentation spectaculaire. Il y a une augmentation spectaculaire du nombre de maisons intergénérationnelles où on trouve un logement supplémentaire pour les parents ou les beaux-parents vieillissants. Je connais une personne qui hébergeait une vieille tante, que l'on aurait qualifiée, autrefois, de vieille fille.

Est-ce vrai qu'il y a une telle augmentation, et que les constructeurs commencent à répondre à ce besoin? S'il y a une augmentation, quelles seront ses répercussions sur la conception des nouvelles maisons, compte tenu du fait que les autres vieillissent et devront être adaptées? Quelles seront les répercussions sur la pauvreté et sur le bien-être émotif et psychologique des personnes qui habitent ces logements?

Une de mes amies, qui a mon âge, a enterré sa grand-mère de 94 ans il y a environ deux semaines. Elle a réussi à rendre cette femme splendide très heureuse tout au long de sa vieillesse simplement en anticipant la question du logement et en s'assurant qu'elle resterait près de la famille.

Ne devrions-nous pas commencer à étudier certains de ces aspects?

Mme Lahey : Je vais profiter de l'occasion pour aborder un aspect de cette question. Il est vrai que l'on s'attend de plus en plus à ce que les familles prennent soin des aînés. Les coûts de construction sont un des éléments de ces soins. Cependant, il y a un autre élément très important, et c'est que les femmes ont passé une bonne partie de leur vie active à attendre plus d'aide du gouvernement, par l'entremise du régime fiscal ou grâce à une diminution des dépenses directes, pour les aider à couvrir les frais de garde d'enfants.

Après avoir vécu une déception à ce sujet, les femmes découvrent que la société s'attend à ce qu'elles fournissent, en raison de leur sexe, de nombreux soins non rémunérés, ce qui augmente la charge de travail des autres membres de la famille. Il s'agit là d'un très bon exemple d'effets sexospécifiques.

Le crédit d'impôt pour fournisseurs de soins prévu dans la Loi de l'impôt sur le revenu est terriblement insuffisant pour compenser les répercussions financières de ce type de responsabilité. Cela fait ressortir l'importance d'agir rapidement pour éliminer le déséquilibre entre la quantité de travail non rémunéré que l'on s'attend à ce que les femmes effectuent au Canada et le fait que l'on s'attend à ce qu'elles le fassent malgré un revenu beaucoup moins élevé que les hommes tout au long de leur vie.

There are women themselves of retirement age that do not have sufficient resources to support themselves. Nonetheless, they are taking on responsibility for adult children who cannot cope for themselves or for parents or other relatives. A real crunch is hitting women who are in that particular situation. They are known as the "sandwich generation," women still trying to get their teenage and 20-something children up and running who are simultaneously performing care giving work for older members of their families.

Senator Cools: I was probing to determine whether people's lifestyles and living choices were changing similarly to the changing demographics. In the situations I was thinking of, I can assure you, no woman was expected to be giving care to anyone. It was a shift in the design of houses to look toward our future.

As changes are beckoning, one finds there are times when human beings begin to adapt, adjust and respond to those changes. They begin to set the styles and the terms. Are you able to measure any of these changes?

I am hearing people speak about this in a way I never heard before. I have spoken to individuals who are building houses at a certain age in life and they want these self-contained suites to be able to accommodate aging parents. Is the ground shifting?

We were talking a lot today about allowing older people to stay in the work force. The terminology I have heard for the last 10 years was not that, but "freedom 55." That is all I have heard over the last many years.

I think of myself as an observer of human behaviour and human behaviour tends to respond to the challenges felt in the community. There has been a huge emphasis on independence, but I see many older people living alone who may be much happier living closer to family members.

When I was a social worker, I spoke to many young couples who were making career choices. I often advised them that when accepting career positions that they not move too far away from at least one of their families. That way, when they start to have children, at least one of the families can be nearby to support them.

If we do not believe that human behaviour and decisions will adapt to meet the challenges, then we have to agree that society is doomed. If we can measure it, is there evidence concerning the challenges we have been describing in this policy atmosphere? Those challenges are being perceived, reacted to and acted upon by people living their lives day-to-day.

Il y a des femmes qui ont l'âge de la retraite et qui n'ont pas assez de ressources pour répondre à leurs propres besoins. Malgré tout, elles s'occupent d'enfants adultes qui sont incapables de s'occuper d'eux-mêmes, ou encore de leurs parents ou d'autres membres de leur famille. Les femmes qui vivent cette situation sont véritablement écrasées. On les appelle la « génération sandwich »; il s'agit de femmes qui tentent encore d'élever leurs enfants adolescents ou dans la vingtaine tout en s'occupant d'offrir des soins à des membres âgés de leur famille.

Le sénateur Cools : Je tentais de déterminer si le style de vie et les choix de vie des gens évaluaient à mesure que la situation démographique évoluait. Je peux vous assurer que, dans les situations auxquelles je pensais, il n'y avait personne qui s'attendait à ce que les femmes offrent des soins à qui que ce soit. Je parlais plutôt de la modification de la façon dont les maisons sont construites de façon à ce que nous soyons prêts pour l'avenir.

Comme les changements sont imminents, on constate que, à un moment donné, l'être humain commence à s'adapter, à s'ajuster et à réagir à ces changements. Il commence à établir un modèle et des modalités. Êtes-vous capable de mesurer l'un ou l'autre de ces changements?

J'ai entendu des personnes parler de cette question d'une façon tout à fait nouvelle. J'ai discuté avec des personnes qui se font construire une maison à un âge assez avancé, et qui veulent avoir ce type de logements autonomes pour être en mesure d'accueillir leurs parents âgés. Assiste-t-on à un revirement de la situation?

Nous avons beaucoup discuté, aujourd'hui, de la possibilité de permettre aux gens âgés de continuer à travailler. Ce n'est pas ce que j'entendais au cours des dix dernières années; on parlait plutôt de « liberté 55 ». C'est tout ce qu'on entend depuis de nombreuses années.

Je me perçois comme une observatrice du comportement humain, et le comportement humain a tendance à s'adapter aux défis auxquels font face les collectivités. On a beaucoup insisté sur l'indépendance, mais je vois de nombreuses personnes âgées qui vivent seules et qui seraient beaucoup plus heureuses si elles vivaient près des membres de leur famille.

Quand j'étais travailleuse sociale, j'ai discuté avec de nombreux jeunes couples qui faisaient des choix de carrière. Je leur ai souvent conseillé de s'assurer, quand ils acceptaient un poste, de ne pas être obligés de déménager trop loin d'au moins un membre de leur famille. Ainsi, quand ils avaient des enfants, il y avait au moins un membre de leur famille à proximité qui pouvait les aider.

Si nous ne sommes pas capables de croire que les décisions et les comportements des êtres humains s'adapteront pour leur permettre de relever les défis qui se présentent, c'est que nous reconnaissons que la société est condamnée. Y a-t-il des preuves, si nous pouvons les mesurer, des difficultés que nous avons décrites relativement à cette politique? Des personnes perçoivent ces difficultés, y réagissent et prennent des mesures pour les surmonter tout en continuant à mener leur vie.

I was told that one of those actions is more planning for these suites in the building of houses than before. I was told that at some time, planners would contemplate promoting these concepts in consideration of a more intense use of the same piece of property to overcome crowding.

Mr. Dussault: This sounds like a good idea but I have not heard of it.

Senator Cools: Perhaps it cannot be measured.

Mr. Bowkett: I am not aware of any such studies or reporting on this subject. Our organization has about 160,000 members, which is a representative of the seniors' community across the country. Anecdotally, in talking with members and the support volunteers in our organizations who deal with members on a branch basis, these kinds of issues are being raised. Their discussions focus on such matters as home care, so they can age in place; and physical aids, so they can remain in their homes.

We are hearing more and more about such conversations in respect of people needing assistance. I suspect that these things might be happening but I am not aware of any measurement of its status.

Mr. Baldwin: This is not my field. I am usually worried about the internal mechanics of pension plans. There is research literature on connectedness and its impact on people's psychological well-being. For people who do international comparative studies of the income situation of the elderly and their economic well-being, it has been found to be common in OECD countries for the grandparent generation to live with the younger generations in the same family. I mention that because it impacts the probability of living on very low incomes, which was part of your question. In Italy, Japan and Korea, it is still a common occurrence.

I note as well that with increased life expectancy, the probability of being retired and having a parent who is still living is increasing. It is not unlikely to have a rise in the people like your friend who is caring for an older parent while raising a younger generation child.

I have been curious about how aging might affect housing. We know that suburban development post-World War II happened to accommodate families with many kids, and it moved people out of the urban core. I suspect that you could work with census data to determine the age distribution of the population within cities and how it changes as the population ages. My curiosity is focused more on the overall design of cities rather than on the more specific question of whether parents and children will live together.

On m'a dit que l'une des mesures prises consistait à prévoir, plus qu'auparavant, l'ajout de ces logements aux nouvelles maisons. On me dit que, à une certaine époque, les planificateurs envisageaient de favoriser ces concepts puisqu'ils permettent d'utiliser de façon plus intensive chacun des terrains, tout en évitant la surpopulation.

M. Dussault : Cela semble être une bonne idée, mais je n'en ai pas entendu parler.

Le sénateur Cools : C'est peut-être impossible à mesurer.

M. Bowkett : Je ne suis pas au courant d'études ou de rapports sur ce sujet. Notre organisation compte environ 160 000 membres qui représentent les aînés de partout au pays. Ce genre de questions est porté à notre attention de façon anecdotique, quand nous discutons avec des membres et des bénévoles qui offrent du soutien au sein de nos organisations et qui interagissent avec des membres à l'échelle locale. Ces discussions portent sur des questions comme les soins à domicile de façon à permettre aux aînés de vieillir dans leur milieu et sur les aides techniques physiques qui permettent aux aînés de continuer à habiter dans leur maison.

Nous entendons de plus en plus souvent, dans le cadre de conversations, que les gens ont besoin d'aide. Je suppose que ce genre de chose pourrait se produire, mais je ne connais pas de données à ce sujet.

M. Baldwin : Ce n'est pas mon domaine. Je m'occupe habituellement des mécanismes internes des régimes de retraite. Il existe des comptes rendus de recherche sur l'interdépendance et sur ses répercussions sur le bien-être psychologique des gens. Les personnes qui font des études comparatives à l'échelle internationale sur la situation du revenu des aînés et leur bien-être économique ont découvert qu'il est courant, dans les pays de l'OCDE, que la génération des grands-parents vive avec les générations plus jeunes, au sein d'une même famille. Je le mentionne, parce qu'il s'agit d'une façon de vivre avec de très faibles revenus, ce que vous avez mentionné dans votre question. C'est une situation que l'on voit encore souvent en Italie, au Japon et en Corée.

Je constate aussi que, avec l'espérance de vie qui se prolonge, on trouvera de plus en plus de retraités dont l'un des parents est encore en vie. Il ne serait pas étonnant qu'il y ait une augmentation des personnes qui, comme votre amie, s'occupent d'un parent âgé tout en élevant un enfant de la jeune génération.

Je me suis déjà demandé quelle incidence aurait le vieillissement de la population sur le logement. Nous savons que l'aménagement de la banlieue à la suite de la Seconde Guerre mondiale visait à répondre aux besoins des familles ayant de nombreux enfants, et cela a eu pour effet de déplacer les gens à l'extérieur du noyau urbain. Je suppose que l'on pourrait utiliser les données du recensement pour déterminer la répartition selon l'âge de la population des villes, et l'évolution de la situation à mesure que la population vieillit. Je m'interroge davantage sur la conception générale des villes, plutôt que sur le fait, plus précis, que les parents et les enfants vivront peut-être ensemble.

Senator Cools: Perhaps at some future time the committee could consider hearing from witnesses involved in housing developments who might be able to tell us about today's house designs with an eye to meeting some of the problems we have discussed here today. Many more families are opting to put their master bedroom and laundry room on the first floor. When we were growing up, the washing machine was in the basement but today's new homes often have a small laundry area on the main floor. We might not be able to discern a great deal of information but it might be interesting to learn about the changes to house design in consideration of aging issues.

The Deputy Chair: They could be called "senior friendly homes."

I thank all of the witnesses for appearing before the committee today. We appreciate receiving such solid suggestions.

Mr. Dussault: I want to clarify a point regarding the proposed vertical expansion of the CPP, which we are keen to do. I heard someone say that this would require an increase in contributions and they wondered what these contributions would be used for. I bring to your attention the fact that a clear provision in the Canada Pension Plan states that any improvement in the CPP has to be financed on a full-funding basis. Thus, the monies cannot be utilized for other purposes than the targeted improvement. I thought it was important to mention that.

The Deputy Chair: Thank you, Mr. Dussault.

The committee continued in camera.

OTTAWA, Monday, April 28, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:34 p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Good afternoon. Welcome to this meeting of the Special Senate Committee on Aging. This committee is examining the implications of an aging society in Canada. Today's meeting will focus on options we raised in Chapter 2 of our second interim report entitled *Issues and Options for an Aging Population*, which was tabled in the Senate on March 11. This chapter deals with issues surrounding active aging and ageism.

To help us understand the issues surrounding these topics, we have Donald Paterson from the University of Western Ontario; Elaine Gallagher from the Centre on Aging at the University of Victoria; Chad Witcher from the Alberta Centre for Active Living; Glenn Miller from the Canadian Urban Institute; Ian Scott from the Seniors College of Prince Edward Island; and Ruth MacKenzie from Volunteer Canada.

Le sénateur Cools : Le comité pourrait peut-être envisager d'entendre, dans l'avenir, des témoins qui s'occupent de construction domiciliaire et qui pourraient nous en dire plus sur la conception contemporaine de maisons en établissant un lien avec certains des problèmes dont nous avons discuté aujourd'hui. Les familles sont plus nombreuses à choisir de placer la chambre des maîtres et la salle de lavage au rez-de-chaussée. Quand nous étions petits, la laveuse était dans le sous-sol, mais dans les nouvelles maisons contemporaines, il y a souvent une petite salle de lavage à l'étage principal. Nous n'en retirerions peut-être pas beaucoup de renseignements, mais il pourrait être intéressant d'en savoir plus sur l'évolution de la conception des maisons en raison du vieillissement de la population.

Le vice-président : On pourrait parler de « maison adaptée aux besoins des aînés ».

Je remercie tous les témoins d'avoir comparu devant le comité aujourd'hui. Nous vous sommes reconnaissants de nous donner des suggestions aussi concrètes.

M. Dussault : Je veux préciser une chose concernant l'expansion verticale proposée du RPC, que nous avons très envie de réaliser. Il y a quelqu'un qui a dit qu'il faudrait alors accroître les cotisations, et il se demandait à quoi serviraient ces cotisations. Je veux souligner que le Régime de pensions du Canada comprend une disposition très claire selon laquelle toute amélioration apportée au RPC doit être financée en fonction d'une pleine capitalisation. De cette façon, l'argent ne peut être utilisé pour autre chose que les améliorations prévues. Je pensais important de le souligner.

Le vice-président : Merci, monsieur Dussault.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.

OTTAWA, le lundi 28 avril 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 34, pour examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne en vue d'en faire rapport.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Bonjour à tous et bienvenue à cette séance du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Le comité examine les incidences du vieillissement de la société au Canada. Aujourd'hui, nous examinerons plus particulièrement les options proposées dans le chapitre 2 de notre deuxième rapport provisoire intitulé *Une population vieillissante : Enjeux et options* qui a été déposé au Sénat le 11 mars 2008. Ce chapitre traite de questions touchant le vieillissement actif et l'âgeisme.

Nous avons invité, pour nous aider à comprendre les enjeux entourant ces sujets, Donald Paterson de l'Université de Western Ontario; Elaine Gallagher du Centre du vieillissement de l'Université de Victoria; Chad Witcher du Alberta Centre for Active Living; Glenn Miller du Canadian Urban Institute; Ian Scott de Seniors College of Prince Edward Island; et Ruth MacKenzie de Bénévoles Canada.

We will begin with opening remarks and then move on to questions.

Donald Paterson, Professor, School of Kinesiology, Faculty of Health Sciences, University of Western Ontario, as an individual: Thank you for the opportunity to meet with the committee. It appears from the list of witnesses to date that none were speaking to the importance of physical activity for older adults. As Research Director of the Canadian Centre for Activity and Aging, this has been my area of investigation over the past 20 years.

Physical inactivity is a proven major risk factor for all-cause mortality and for various chronic diseases including heart disease, diabetes, osteoporosis, colon cancer and breast cancer. In physically active and moderately fit individuals, these risks are decreased by 30 per cent to 60 per cent. Perhaps even more important in older age, the losses of fitness and strength become limiting to performance of daily activities and become predictors of functional limitations.

My own longitudinal study of community-dwelling older adults demonstrated that a lower cardiorespiratory fitness was significantly associated with an increased odds ratio of becoming dependent in an eight-year follow-up. In those of above average fitness, the risk of becoming dependent was 50 per cent lower. Thus fitness is critical in preventing or delaying the onset of chronic diseases of aging, postponing and compressing the period of disability and dependent living. In an aging society, the health benefits of greater population fitness would have an immense economic and societal impact.

I have recently published a review regarding exercise recommendations for older adults. It was commissioned by the Public Health Agency of Canada. This was a critical analysis regarding the dose or the types and amounts of physical activity needed to prevent disease or promote health and remain independent. The recommendations are for physical activities that result in an improved cardiorespiratory fitness. They require an intensity described as moderate to moderately vigorous, 30 minutes per day, four to five times a week, thus expending 1,000 kilocalories a week. In the older adult of average fitness, this translates to three hours of brisk walking to meet the recommendation.

A review from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association concurs with these recommendations encouraging moderate- and vigorous-intensity activity. Note that these are in addition to the light activities frequently performed during daily life: household work, casual walking or activities of very short duration.

Nous entendrons d'abord les exposés liminaires après quoi nous passerons aux questions.

Donald Paterson, professeur, École de kinésiologie, Faculté des sciences de la santé, Université de Western Ontario, à titre personnel : Merci de m'avoir invité à venir vous parler. Je constate en parcourant la liste des témoins que vous avez entendus jusqu'à maintenant qu'aucun d'entre eux n'a abordé l'importance de l'activité physique pour les adultes âgés. À titre de directeur de la Recherche du Canadian Centre for Activity and Aging, je m'intéresse à la question depuis 20 ans.

La preuve n'est plus à faire que l'inactivité physique est un facteur de risque important et démontré de mortalité, toutes causes confondues, et de diverses maladies chroniques dont les maladies cardiaques, le diabète, l'ostéoporose et les cancers du colon et du sein. Chez les personnes physiquement actives et modérément en forme, ces risques diminuent dans une proportion variant entre 30 p. 100 et 60 p. 100. Fait sans doute encore plus important, chez les personnes plus âgées, la détérioration de la forme physique et de la force limitent l'aisance avec lesquelles elles s'adonnent à leurs activités quotidiennes et annoncent de futures limitations fonctionnelles.

Ma propre étude longitudinale d'adultes âgés vivant dans la collectivité a révélé qu'une forme cardiorespiratoire détériorée était liée de façon significative à des risques accrus de dépendance d'ici huit ans. Chez les personnes dont la forme physique est meilleure que la moyenne, le risque de devenir dépendantes était de 50 p. 100 inférieur. Il en découle donc que la forme physique est essentielle pour prévenir ou retarder l'apparition des maladies chroniques associées au vieillissement, pour retarder et limiter la durée de la période d'invalidité et de dépendance. Dans une société vieillissante, les avantages pour la santé d'une plus grande forme physique de la population ont d'immenses retombées économiques et sociales.

J'ai publié récemment une analyse des recommandations d'exercices destinée aux adultes âgés. Cette étude m'avait été commandée par l'Agence de la santé publique du Canada. Il s'agissait d'une analyse critique de la quantité et de la nature de l'activité physique requises pour prévenir la maladie ou promouvoir la santé et préserver l'indépendance. Les activités physiques recommandées sont celles qui contribuent à une amélioration de la forme cardiorespiratoire. Ces activités doivent être d'une intensité modérée et modérément vigoureuses, 30 minutes par jour, de quatre à cinq fois par semaine et entraînant une consommation de 1 000 kilocalories par semaine. Chez l'adulte âgé dont la forme est moyenne, cela équivalait à trois heures de marche rapide.

Une étude réalisée par l'American College of Sports Medicine et la American Heart Association confirme qu'il faut promouvoir une activité physique d'intensité modérée et vigoureuse. Permettez-moi de souligner que ces activités doivent s'ajouter aux activités légères fréquemment exécutées au jour le jour : travaux ménagers, marche de détente ou activité de très courte durée.

I have been asked to comment on Chapter 2, “Active Aging.” However, I would first like to make a note about Chapter 4, “Healthy Aging.” The term “physical activity” was mentioned only once in a chapter discussing the determinants of health and chronic disease. About 40 years ago, the Lalonde report on the health of Canadians emphasized lifestyle factors and prevention and particularly physical activity. I cannot emphasize enough the potential impact of physical activity and prevention of chronic disease in preventing the loss of independence.

With regard to Chapter 2, from my comments regarding the newest evidence-based guidelines for the dose of physical activity needed, I must say that the “active living” approach is not a promising policy. The “active living,” “small changes in everyday lifestyle” and “active lifestyle” terminology suggest a misconception of what dose of activity actually imparts health outcomes. This sends the wrong message for those who would like to take the medicine required to improve their health. Moderately vigorous exercise in greater than 10-minute segments is required — not more activities of daily living and not the accumulation of more light activities throughout the day. General leisure activities including gardening, normal walking and household work have been found not to protect against functional decline nor be predictive of reducing chronic disease. Public health initiatives should emphasize purposeful exercise such as brisk or vigorous walking.

Chapter 2 recommends promotion and mass education. This may be of some value in educating older adults about the proven benefits and recommended types of activities. However, given the need for specific activities that improve fitness, I would suggest it is important to find ways to support the delivery of exercise programs to community seniors. There is also the need to train leaders, instructors and educators. Model exercise programs and leader training programs have been developed at the Canadian Centre for Activity and Aging.

Training professionals to organize exercise for seniors is viable in the university. However, the problem with that strategy is that it is a limited career path. Perhaps the development of seniors’ exercise programs by the private sector needs support.

Chapter 2 also indicates eliminating barriers to getting older adults more active and suggests targeting the least active groups: low income, low education, ethnic groups and rural areas. Since the health and independence benefits of fitness show a linear dose-response, the benefit to health and society applies even to moving those of average fitness to a higher fitness level. It may be more effective to encourage exercise habits by starting with the groups most likely to comply and have these groups set a societal norm or standard that the more resistant types may follow.

On m’a demandé de commenter le chapitre 2, « Vieillesse active ». J’aimerais toutefois faire une observation au sujet du chapitre 4, « Vieillir en santé ». L’expression « activité physique » ne figure qu’une seule fois dans le chapitre qui traite des déterminants de la santé et des maladies chroniques. Il y a environ 40 ans, le rapport Lalonde sur la santé des Canadiens mettait déjà l’accent sur le mode de vie et la prévention et en particulier sur l’activité physique. Je ne saurais trop insister sur l’incidence éventuelle de l’activité physique et de la prévention des maladies chroniques pour prévenir la perte d’indépendance.

S’agissant du chapitre 2, compte tenu de mes commentaires au sujet des plus récentes lignes directrices basées sur des données réelles quant à la dose d’activité physique requise, je dois dire que la promotion de la « vie active » n’est pas une politique prometteuse. Les expressions telles que « vie active », « modifiant un temps soit peu son mode de vie » et « mode de vie sain et actif » révèlent une incompréhension de la quantité d’activité qui donne en réalité des résultats positifs pour la santé. C’est transmettre le mauvais message à ceux qui voudraient faire le nécessaire pour améliorer leur santé. Il faut un exercice modérément vigoureux pour des périodes de plus de dix minutes à la fois — pas davantage d’activités quotidiennes ni l’accumulation d’activités plus légères tout au long de la journée. Les activités générales de loisir telles le jardinage, la marche à un rythme normal et les travaux ménagers ne protègent pas, c’est prouvé, contre le déclin de la capacité fonctionnelle et sont pas des déterminants d’une réduction des maladies chroniques. Les initiatives de santé publique devraient plutôt promouvoir l’exercice intense dont la marche à une cadence vigoureuse.

Dans le chapitre 2, on recommande la promotion de l’exercice et l’éducation de masse. Il est peut-être utile d’informer les adultes âgés des avantages démontrés de l’activité physique et des types d’activités recommandées. Toutefois, étant donné la nécessité de s’adonner à des activités précises qui améliorent la forme physique, j’estime qu’il est important de trouver des façons de soutenir l’offre de ces programmes d’exercice aux aînés dans la collectivité. Il faut aussi former des dirigeants, des instructeurs et des éducateurs. Des programmes d’exercice et des programmes modèles de formation des dirigeants ont été élaborés par le Canadian Centre for Activity and Aging.

La formation de professionnels à l’organisation d’exercices pour les aînés est une activité viable à l’Université. Toutefois, le hic de cette stratégie c’est que les perspectives de carrière sont très limitées. Il faudrait peut-être encourager le secteur privé à élaborer ces programmes d’exercice pour les aînés.

On recommande par ailleurs dans le chapitre 2 d’éliminer les obstacles qui empêchent les adultes âgés d’être plus actifs et recommande de cibler les personnes les moins actives : Personnes à faible revenu, peu scolarisées, membres des groupes ethniques ou personnes vivant dans les régions rurales. Puisqu’il existe une corrélation directe entre la forme physique d’une part et la santé et l’indépendance, d’autre part, il est clair qu’il serait avantageux pour la santé et la société d’encourager ceux qui ont une forme moyenne à faire des efforts pour améliorer leur forme physique. Ce serait peut-être plus efficace d’encourager d’abord ceux qui

Chapter 2 also indicates a desire to impact on nursing, home care and long-term care. There are benefits of strength and balance exercises that support functional abilities in these groups. Again, programs for these groups have been developed at the centre. These are important but do not have the population impact that can be realized from prevention programs in community-dwelling older adults of all ages. I would propose targeting community-dwelling seniors. Even if a small portion of the population takes the medicine of purposeful physical activity, there will be a significant impact on health. We need to create a societal norm of older adults exercising for fitness and health benefits.

I look forward to your comments and questions.

Elaine Gallagher, Director, Centre on Aging, University of Victoria, as an individual: Thank you for the opportunity to address this special committee. I was told I had five minutes and I will speak to Chapter 2 of your report.

In preparing these comments, I consulted with some of my colleagues at the Centre on Aging, one of whom does research on driving and seniors. I also consulted some of the seniors groups I am affiliated with and spoke to some senior officials in the B.C. Ministry of Health. These are not just my comments but rather a summary of several sources of input.

In section 2.1 on page 9 of your report, you speak as though slowing down in later life is necessarily a negative pattern, and the report equates slowing down with total inactivity. In our research on falls, it has been well documented that slowing down and exercising caution is in fact very protective for frail older people. In fact, slowing down a bit in their activities and being more mindful may be the most preventative things that a frail older person can do.

Some careful editing of that section would clarify the intent of this paragraph so as to differentiate between appropriate slowing down, which can be preventative, and premature or unhealthy declines in activity levels. The paragraph does not capture that differentiation but rather equates those two.

The attention to active living and our work on age-friendly cities and towns is excellent. I was the principal investigator for B.C.'s contribution to the World Health Organization project and lead researcher on the federal-provincial-territorial remote and rural Canadian study involving healthy, age-friendly, small, rural and remote communities.

seraient plus susceptibles de changer leurs habitudes en ce qui a trait à l'exercice pour que ce groupe fixe en fait une norme que les personnes les plus récalcitrantes pourraient tenter d'atteindre.

Il est aussi question dans le chapitre 2 de la volonté de réduire les besoins en matière de prestations de soins, de soins à domicile et de soins de longue durée. Les exercices d'entraînement en force musculaire et en équilibre ont des avantages qui renforcent les capacités fonctionnelles des groupes cibles. Des programmes à l'intention de ces groupes ont été élaborés par le Centre. Ces programmes sont importants mais ils n'ont pas sur la population l'incidence que peuvent avoir des programmes de prévention destinés aux aînés de tous âges qui vivent dans la collectivité. Je propose que les programmes ciblent les aînés vivant dans la collectivité. Même si une faible proportion de la population décide de s'astreindre à une activité physique énergique, cela aura une incidence appréciable sur la santé. Nous devons élaborer une norme sociétale d'exercice chez les adultes âgés afin d'obtenir des avantages sur le plan de la forme et de la santé.

Je répondrai volontiers à vos observations et à vos questions.

Elaine Gallagher, directrice, Centre on Aging, Université de Victoria, à titre personnel : Merci de me donner l'occasion de comparaître devant ce comité spécial. On m'a dit que je dispose de cinq minutes pour commenter le chapitre 2 de votre rapport.

Lorsque j'ai préparé cet exposé j'ai consulté certains de mes collègues du Centre on Aging, dont l'un fait de la recherche sur la conduite automobile et les aînés. J'ai aussi consulté quelques groupes d'aînés avec lesquels je suis associée et j'ai consulté certains hauts fonctionnaires du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Ce ne sont pas donc pas mes commentaires personnels mais plutôt la synthèse de points de vue provenant de diverses sources.

À la partie 2.1, à la page 18 de la version électronique de votre rapport, vous semblez dire que quand on devient moins actif, quand on vieillit, c'est nécessairement une mauvaise chose et le rapport semble faire l'amalgame entre ralentir et l'inactivité totale. Les travaux que nous avons réalisés sur les chutes révèlent pourtant que ralentir et être prudent protège les personnes âgées plus frêles. D'ailleurs, les personnes âgées plus fragiles peuvent le mieux prévenir des problèmes en ralentissant un peu le rythme de leurs activités et en faisant preuve de plus de prudence.

Il faudrait peut-être modifier le libellé de cette section pour préciser clairement dans le paragraphe la différence qui existe entre ralentir quand c'est indiqué de le faire, ce qui peut avoir valeur de prévention, et le déclin prématuré et malsain des niveaux d'activités. Ce paragraphe ne reflète pas cette différence mais confond plutôt les deux.

L'attention que vous portez à la vie active et à nos travaux sur les villes et villages-amis des aînés est excellente. J'ai été enquêtrice principale pour la Colombie-Britannique dans le cadre du projet de l'Organisation mondiale de la Santé et chercheuse principale dans le cadre de l'étude fédérale-provinciale-territoriale sur les collectivités isolées et rurales et plus particulièrement sur les collectivités saines, amies des aînés, petites, rurales et éloignées.

In British Columbia, we are attempting to roll this initiative out across the province in time for the 2010 Olympics. We want to be able to say that this is the first jurisdiction in the world to host a senior-friendly Olympic Games, and we are looking for creative ways to involve seniors as volunteers and paid workers in the games.

I want to commend you for acknowledging this work. We recommend that it be adopted across Canada. I am meeting with the federal-provincial-territorial ministers tomorrow and the day following with the representatives of those ministers to discuss how this age-friendly communities movement can be rolled out across Canada. We think it has tremendous potential for changing the way that communities think about preparing for an aging population.

I found an excellent review of the literature on volunteerism. The authors found that seniors volunteer for a variety of reasons, including social benefits to society and opportunities to make a contribution; but they also volunteer in order to use their skills and knowledge, to learn new things, to develop new skills, to be intellectually stimulated and to feel good or needed. Potential older volunteers are hindered most often by health problems, other commitments or full schedules and lack of time. They want the flexibility to go south for a few months or on a cruise if an affordable opportunity arises.

People who recruit and retain volunteers need to know this information. They need to know what motivates people to get involved and to continue and what barriers they face in doing so. To promote lifelong volunteering, schools could offer course credit for volunteering. Some schools already do this to get children thinking about volunteering from an early age. Employers could offer flextime to allow for volunteering activities. More agencies could offer volunteer recognition awards. While most seniors do not want payment for their service, their costs should be covered. Such rewards as Tim Hortons or Starbucks coffee cards are often appreciated. A paid coordinator is absolutely essential.

In terms of lifelong learning, you had some very good suggestions in your report. In my view, tuition should be free for seniors, not just a tax right-off. You could combine the awareness campaign for lifelong learning with the ParticipACTION movement. We tend to segment people in terms of their bodies, minds and spirits. I am a holistic thinker; I think of a person as a whole. ParticipACTION could be a movement that promotes physical, social and mental well-being, not just physical well-being. These things all go together. In having the physical participation, you get your social and even mental stimulation. Keeping mind, body and spirit alive ought to be the motto — not just the body or the mind or the spirit.

En Colombie-Britannique, nous tentons d'étendre cette initiative à l'ensemble de la province avant le début des Jeux olympiques de 2010. Nous voulons pouvoir dire que nous sommes les premiers au monde à être l'hôte des Jeux olympiques amis des aînés et nous cherchons des façons créatives de faire participer les aînés à titre de bénévoles ou de travailleurs rémunérés.

Je vous félicite d'avoir souligné ce travail. Nous recommandons que l'initiative soit adoptée dans tout le Canada. Je rencontre demain les ministres fédéral-provinciaux-territoriaux et, le surlendemain, les collaborateurs de ces ministres pour discuter de la mise en œuvre dans tout le Canada de cette initiative des collectivités-amies des aînés. Nous croyons qu'elles pourraient contribuer à changer du tout au tout la façon dont les collectivités se préparent au vieillissement de leur population.

J'ai trouvé une excellente analyse des publications traitant du bénévolat. Les auteurs ont constaté que les aînés font du bénévolat pour diverses raisons y compris les avantages sociaux pour la société et la possibilité de contribuer à la société; mais ils font aussi du bénévolat pour utiliser leurs compétences et leurs connaissances, pour apprendre de nouvelles choses, pour acquérir de nouvelles compétences, pour être stimulés intellectuellement ou pour se sentir bien et appréciés. Les aînés qui voudraient faire du bénévolat doivent parfois y renoncer en raison de problèmes de santé, d'autres engagements, d'un emploi du temps chargé ou d'un manque de temps. Ils veulent pouvoir aller passer quelques mois dans le sud ou faire une croisière si un forfait abordable se présente.

Ceux qui recrutent et retiennent des bénévoles doivent posséder ces renseignements. Ils doivent savoir ce qui motive les gens à faire du bénévolat, à continuer d'en faire, et les obstacles qu'ils doivent surmonter. Afin de promouvoir le bénévolat tout au long de la vie, les écoles pourraient offrir des crédits pour les cours de bénévolat. Certaines écoles le font déjà pour intéresser les enfants au bénévolat dès leur jeune âge. Les employeurs pourraient offrir des horaires souples pour favoriser les activités de bénévolat. Davantage d'organismes pourraient offrir des prix pour reconnaître le travail des bénévoles. Si la plupart des aînés ne veulent pas être payés pour les services qu'ils rendent, leurs frais pourraient être remboursés. Des récompenses telles des cartes de café chez Tim Hortons ou Starbucks sont souvent bien appréciées. Il est absolument essentiel qu'il y ait un coordonnateur rémunéré.

S'agissant de l'apprentissage tout au long de la vie, vous formulez de très bonnes suggestions dans votre rapport. À mon avis, les aînés ne devraient pas avoir à payer des frais de scolarité au lieu d'avoir droit uniquement à une déduction d'impôt. Vous pourriez combiner les campagnes de sensibilisation à l'apprentissage tout au long de la vie avec les campagnes de ParticipACTION. Nous avons tendance à classer les gens en fonction de leur corps, de leur intellect et de leur esprit. Je préfère l'approche holistique et je vois la personne comme un tout. ParticipACTION pourrait être un mouvement qui fait la promotion du bien-être physique, social et mental et non uniquement la promotion du bien-être physique. Toutes ces

Regarding recommendation 10, we do need to promote the age-friendly communities initiative, but the recommendation says to promote it among relevant professional groups. However, while those groups do need to be involved, we have found that the work is best supported by a steering committee made up of a variety of people or stakeholders: city officials, key senior leaders and others who represent the makeup of the community. People with disabilities, wealthier and poorer seniors and people of different ethnic and cultural backgrounds need to be consulted. This movement is targeted in a holistic way, not just at the professional groups as your recommendation currently reads.

Page 15 talks about barriers to active living. One not mentioned, which I thought you could add to the list, is self-adopted ageism, the idea that "I cannot do that at my age." For many seniors, the personal definition of "what I am capable of" may be one of the biggest barriers to overcome. The work Mr. Paterson and others are doing is showing that people are capable of much more than what they had expected.

Under recommendation 13, I would not limit tax deductions to gym memberships as it reads now. Any fitness program should be eligible, whether dancing, swimming, curling or something that gets people out and beyond their daily activities, as Mr. Paterson mentioned. I would not limit tax deductions to gym memberships, because many older people do not feel comfortable walking into gyms full of 21-year-old hard bodies.

Regarding recommendation 14, we need to start dealing with ageism early in life, even among kids in school. Make this a mandatory part of the curriculum. Teach kids to start thinking of seniors as contributing members of society. We have introduced a program at the University of Victoria called the Masterminds program. It is an example of one way to address ageism. I started this month of lectures by retired professors to showcase the work they have done since retirement. We have had writers, artists, theologians, scientists and others. They talk about books they have written, plays they wrote or acted in and research projects they have spearheaded. I think the Masterminds concept could be adopted across the country to demonstrate the vast post-work contributions that people are making.

choses vont de pair. L'activité physique est source de stimulation sociale et même intellectuelle. Il faut maintenir en forme le corps, l'esprit et l'intellect et pas seulement l'un des trois.

En ce qui a trait à la recommandation 10, nous devons effectivement promouvoir l'initiative des collectivités-amies des aînés mais la recommandation mentionne expressément la promotion auprès des groupes professionnels concernés. Or, s'il est vrai que ces groupes doivent être mobilisés, nous avons constaté que le travail se fait mieux s'il est dirigé par un comité auquel siègent divers intervenants : fonctionnaires municipaux, principaux leaders des aînés et d'autres intervenants représentatifs de la collectivité. Les personnes handicapées, les aînés plus riches et plus pauvres et des représentants des différents groupes ethniques et culturels doivent aussi être consultés. Ce mouvement se veut holistique et ne doit pas s'adresser uniquement aux groupes professionnels concernés comme le précise actuellement votre recommandation.

Vous abordez à la page 18 de la version électronique de votre rapport les obstacles au vieillissement actif. L'un des obstacles qui n'est pas mentionné et que l'on pourrait peut-être ajouter à la liste c'est l'âgisme que l'on s'impose, surtout quand on dit « je ne peux pas faire cela à mon âge ». Pour de nombreux aînés, la définition personnelle de ce qu'ils sont « capables de faire » est peut-être l'un des obstacles les plus difficiles à surmonter. Les travaux de M. Paterson et d'autres montrent que les gens sont capables de faire beaucoup plus qu'ils ne le croyaient.

À la recommandation 13, je ne limiterai pas les déductions d'impôt aux seuls frais d'inscription à des centres d'activités, comme le veut le libellé actuel. Tous les programmes de conditionnement physique devraient être admissibles, qu'il s'agisse de danse, de natation, de curling ou de toute autre activité qui encourage les gens à faire de l'exercice en plus de leurs activités quotidiennes, comme l'a mentionné M. Paterson. Je ne limiterais pas les déductions d'impôt aux seuls frais d'inscription à des centres d'activités parce que de nombreux aînés ne se sentent pas à l'aise d'aller faire de l'exercice dans des gymnases remplis de jeunes de 21 ans très en forme.

En ce qui a trait à la recommandation 14, nous devons nous attaquer le plus tôt possible à l'âgisme et notamment auprès des jeunes à l'école. Cela devrait obligatoirement faire partie du programme d'études. Il faut enseigner aux enfants à voir les aînés comme des personnes qui contribuent elles aussi à la société. Nous avons instauré à l'Université de Victoria un programme appelé Masterminds. C'est une façon de lutter contre l'âgisme. J'ai décidé de commencer les conférences de ce mois-ci en invitant des professeurs qui viennent parler du travail qu'ils font depuis leur départ à la retraite. Nous avons reçu des écrivains, des artistes, des théologiens, des scientifiques et d'autres. Ils nous parlent des livres et des pièces qu'ils ont écrits ou dans lesquelles ils ont joué, et des projets de recherche qu'ils ont parrainés. Je pense que l'idée de Masterminds pourrait être adoptée dans tout le pays afin de montrer l'importance des contributions que font les gens après leur départ à la retraite.

Commission a paper on ageism and, in particular, on what has been found to be effective in addressing ageism around the world. We do not have all the answers of how to deal with ageism — it is pervasive and subtle — but we could begin to address this systematically.

Regarding recommendations 15 and 16, we need to address the idea of competency in lieu of age-based criteria for many things, including driving and retirement. However, you need to have a clear definition of competence. It involves adaptation to change in a number of physical and mental subsystems of the body. For example, we have offered our chronic disease self-management program to more than 10,000 participants since 2000. It teaches people how to manage their health and improve their exercise and their nutrition overall. With adequate support, this program could be offered more widely across the country. Dr. Patrick McGowan is the leader of that initiative.

There is a need for more research on how to evaluate competency. The Canadian Institutes of Health Research could be asked to fund a special competition to address this issue. They could work with policy-makers to test out new guidelines based on research evidence. For example, I found one study that showed that not all persons diagnosed with Alzheimer's disease perform incompetently on driving performance measures. Yet, we would assume that a person suffering from Alzheimer's disease would not be a competent driver.

Older people do not cause a disproportionate number of driving accidents. Per capita, their crashes are fewer than those for the age group 16 to 64 and almost half of those for the age group 21 to 24. Older drivers tend to self-regulate: they drive more slowly, avoid night driving and stay out of high traffic areas and off unfamiliar roads. Future seniors may be more reluctant to do this, so we will need to have ways of assessing competence for those unwilling to self-regulate. However, I think self-regulation should be the social marketing message. It is up to you to self-regulate your driving as you get older; that is what the message should be because that is what most people are doing.

To combat the notion of ageism, we need to promote the concept of aging well. Australia considers this to be a model based on encouraging the maintenance of personal independence and self-responsibility as far as possible and consistent with each individual's capacities and choice. However, at the same time we must avoid putting all the responsibility on people for health and for their own well-being — that is, blaming the victim. Sometimes these models tend to do that, to say it is all up to you. It is not all up to individuals; it is up to us, as a society together, to work on

Vous pourriez par exemple commander une étude sur l'âgeisme et examiner plus particulièrement quels moyens se sont avérés efficaces pour lutter contre l'âgeisme ailleurs dans le monde. Nous ne possédons pas toutes les réponses pour ce qui est de la lutte contre l'âgeisme — phénomène répandu et subtil — mais nous pourrions engager une lutte systématique.

Quant aux recommandations 15 et 16, il faut effectivement remplacer les critères fondés sur l'âge par une grille d'évaluation des compétences pour beaucoup de choses y compris la conduite automobile et la retraite. Toutefois, il faut avoir une définition claire des compétences. Cela implique l'adaptation aux changements dans un certain nombre de sous systèmes physiques et mentaux de l'organisme. Par exemple, nous avons offert notre programme d'autodiagnostic des maladies chroniques à plus de 10 000 participants depuis 2000. Ce programme enseigne aux gens à gérer leur santé et à améliorer leur activité physique et leur nutrition. Avec un soutien suffisant, ce programme pourrait être diffusé plus largement dans tout le pays. M. Patrick McGowan est le chef de file de cette initiative.

Il faut faire davantage de recherche sur l'évaluation de la compétence. Les instituts canadiens de recherche en santé pourraient être chargés de financer un concours spécial sur cette question. Ils pourraient travailler avec les décideurs pour mettre à l'épreuve de nouvelles lignes directrices fondées sur des résultats de recherche. Par exemple, j'ai trouvé une étude selon laquelle toutes les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ne sont pas incompétentes lorsqu'elles subissent des tests de conduite automobile. Pourtant, nous aurions tendance à supposer qu'une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer serait mauvais conducteur.

Les aînés ne causent pas un nombre disproportionné d'accidents de la route. Par habitant, ils ont moins d'accidents que ceux du groupe d'âge 16 à 64 ans et ont près de la moitié moins d'accidents que ceux du groupe d'âge 21 à 24 ans. Les conducteurs plus âgés ont tendance à s'autoréglementer. Ils conduisent plus lentement, évitent de conduire la nuit et évitent les routes où la circulation est intense ou celles qu'ils connaissent moins bien. À l'avenir, les aînés pourront être plus réticents à s'auto réglementer, alors il nous faudra trouver des façons d'évaluer la compétence de ceux qui refusent de s'auto réglementer. Toutefois, je crois que l'autoréglementation devrait être le message social à transmettre. Nous pourrions dire aux aînés qu'au fur et à mesure qu'ils vieillissent ils doivent s'auto réglementer pour ce qui est de la conduite automobile; voilà ce que devrait être le message puisque c'est déjà ce que font la majorité des aînés.

Pour lutter contre la notion de l'âgeisme, nous devons promouvoir le concept du bien vieillir. Pour l'Australie, c'est un modèle fondé sur la promotion du maintien de l'indépendance personnelle et de l'auto responsabilité aussi longtemps que possible en fonction des capacités et des choix individuels. Cela étant, et dans le même temps, nous devons éviter de faire assumer aux gens la responsabilité de leur santé et de leur propre bien-être, c'est-à-dire jeter le blâme sur la victime. Or, ces modèles ont parfois tendance à le faire, c'est-à-dire que tout dépend de vous.

promoting active and healthy living and aging well.

Chad Witcher, Representative, Alberta Centre for Active Living: I am a doctoral student in the Faculty of Physical Education and Recreation at the University of Alberta in Edmonton. I am here on behalf of my former master's supervisor, Dr. Sandra O'Brien Cousins, professor emeritus in exercise gerontology, who was asked to appear today on behalf of the Alberta Centre for Active Living. I would like to extend our sincere thanks for the opportunity to take part in this important forum, as we wholeheartedly endorse health promotion through active living at all ages.

Canada is a world leader in examining active living and ageism, in part because our workers have traditionally been encouraged to retire and rest at age 65. Changes in mandatory retirement will likely open doors and broaden thinking among today's older adults about how to live later life to its fullest. However, for today's age 65 and older population, research on exercise motivation suggests that keeping current seniors fit will offer huge challenges. Informing this topic is the 2005 report *Overcoming Ageism in Active Living*, written by Dr. O'Brien Cousins for Canada's Active Living Coalition for Older Adults.

My own research on physical activity promotion among older adults is also relevant to understanding the challenges of mobilizing older adults who live in rural communities. This research has demonstrated the importance of developing a broader understanding of how past and present-day contexts can influence participation in leisure-time physical activity.

We note the wisdom in the three approaches outlined in Chapter 2. We support eliminating barriers to active aging. We support the sharing of knowledge and best practices and heartily endorse the launch of a national strategy to combat ageism. Indeed, we are all seeking solutions at the individual level, at the community level and at the national level.

In terms of barriers, what do we know and what should we do? We know that sedentary living is a big problem among older adult Canadians. Only a minority are adequately physically active. Ironically, although profound improvements are seen in sedentary older adults who participate in frequent stretching, walking and strength activity, healthy sedentary older adults say that they obviously do not need fitness to be healthy, while unhealthy seniors say that it is too late for them, that they are too old or not well enough to participate. Many feel frail because they are frail. They have become too weak, too stiff and too unsteady to live without fear of falling. Yet research shows that frail elderly are most in line to benefit from daily physical activity.

Mais il n'en est rien, puisqu'il nous incombe à nous tous, solidairement, de travailler à la promotion d'un mode de vie actif et sain et de bien vieillir.

Chad Witcher, représentant, du Alberta Centre for Active Living : Je suis étudiant en doctorat à la Faculty of Physical Education and Recreation à l'Université de l'Alberta à Edmonton. Je suis ici au nom de mon ancienne directrice de thèse de maîtrise, le professeur Sandra O'Brien Cousins, professeur émérite en gérontologie de l'exercice, qui m'a Alberta Centre for Active Living. Je voudrais vous formuler nos sincères remerciements pour l'occasion qui nous est donnée de prendre part à cette importante tribune, parce que nous souscrivons sans réserve à la promotion de la santé par un mode de vie actif à tous les âges.

Le Canada est un chef de file mondial pour ce qui est d'examiner le mode de vie actif et l'âgisme, en partie parce que nos travailleurs ont traditionnellement été encouragés à prendre leur retraite et à aller se reposer à l'âge de 65 ans. Cela dit, la réforme de la retraite obligatoire élargira probablement les horizons et la mentalité des adultes âgés quant à la façon de vivre pleinement leur vie plus tard. S'agissant des personnes âgées de 65 ans et plus aujourd'hui, la recherche sur la motivation à l'exercice porte à croire que le maintien en forme des personnes âgées actuelles s'accompagnera de difficultés énormes. À ce sujet, une étude réalisée par le professeur O'Brien Cousins pour la Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s en 2005, intitulée *Overcoming Ageism in Active Living*, offre un éclairage informatif.

Ma propre recherche sur la promotion de l'activité physique chez les personnes âgées contribue aussi à la compréhension des difficultés de mobiliser les adultes âgés qui vivent dans des collectivités rurales. Elle souligne l'importance d'une meilleure compréhension de la façon dont les contextes passé et actuel peuvent influencer la participation à des activités physiques de loisirs.

Nous prenons acte de la sagesse des trois approches exposées au chapitre 2. En effet, nous appuyons l'élimination des obstacles au vieillissement actif, à l'échange des connaissances et des meilleures pratiques, et adhérons sans réserve au lancement d'une stratégie nationale pour combattre l'âgisme. Après tout, nous cherchons tous des solutions à l'échelon individuel, collectif et national.

En ce qui concerne les obstacles, qu'en savons-nous et que devrions-nous faire? Nous savons que le sédentarisme est un grave problème chez les adultes canadiens âgés. Seule une minorité de ces derniers sont suffisamment actifs physiquement. Paradoxalement, bien que l'on constate des améliorations profondes chez les adultes âgés et sédentaires qui font fréquemment des étirements, de la marche et de l'activité de renforcement musculaire, les adultes âgés sédentaires en santé disent qu'ils n'ont pas forcément besoin d'une physiquement en forme pour être en bonne santé, tandis que les personnes âgées malades disent qu'il est trop tard, qu'elles sont trop vieilles ou qu'elles ne sont pas suffisamment en forme pour prendre part à ces activités. Nombre d'entre elles se sentent fragiles parce qu'elles sont fragiles. Elles sont devenues trop frêles, trop rigides et trop

Will public education help increase physical activity participation? Maybe not. Sedentary seniors say they already know exercise is good for you, but they do not feel it is good for them. The underlying issue may be self-imposed ageism.

We should work to eliminate individual and ecological barriers to physical activity participation by providing the inspiration and support necessary. At the individual level, specially trained educators, nurses, home support workers and other health care professionals can assist older adults to incorporate physical activity into their lives in structured or unstructured ways. Less mobile and frailer older adults can be introduced to beneficial physical activities in their own residences.

From an ecological perspective, we need to focus on aspects of the environment that can prevent or encourage physical activity. It is important that older adults feel their neighbourhoods are safe. It is also important that communities are walkable. Sidewalks need to be free of snow and ice. Streets, trails and walking paths need to be well lit. Assisting communities in building or enhancing infrastructure that encourages physical activity at all ages would be a wise investment.

As I have mentioned, we like the idea of a national launch strategy to combat ageism, as a launch of *Canada's Physical Activity Guide to Healthy Active Living for Older Adults* was almost a decade ago during the International Year of Older Persons. As Ory et al. wrote in 2003 at page 167, the challenge is to "move beyond conveying basic health benefits to focus on encouraging and inspiring audience members to get moving, all the while being careful not to alienate or turn them off."

Such inspiration could be found in a national launch, and seniors across Canada could be involved. For example, we could double the number of active seniors rapidly with an active buddy system, whereby an active senior helps an inactive senior get started. Buddies who make a successful commitment could both be nationally recognized with a coveted Active Senior pin.

In conclusion, we endorse the significant investment in older adult wellness. The three-pronged approach of overcoming individual barriers and environmental barriers and confronting ageism on a nation-wide basis is timely and commendable. I would be happy to answer questions.

instables pour vivre sans craindre des chutes. Qu'à cela ne tienne, la recherche montre que les personnes âgées frêles ont le plus à gagner de l'activité physique quotidienne.

La sensibilisation publique contribuera-t-elle à accroître la participation à l'activité physique? Peut-être pas. Les personnes âgées sédentaires disent qu'elles savent déjà que faire de l'exercice est bon pour le corps, mais estiment néanmoins que ce n'est pas bon pour elles. Il se peut donc que le problème sous-jacent soit l'âgeisme auto-imposé.

Nous devrions travailler à éliminer les obstacles individuels et écologiques à la participation à l'activité physique en offrant l'inspiration et le soutien nécessaires. Sur un plan individuel, les éducateurs, les infirmières, les travailleurs de soutien à domicile et autres professionnels des soins de la santé qui ont été spécialement formés peuvent aider les adultes âgés à intégrer l'activité physique à leurs vies de façon structurée ou non. Les adultes âgés qui sont moins mobiles et plus frêles peuvent apprendre à participer à des activités physiques bénéfiques dans leurs propres domiciles.

D'un point de vue écologique, nous devons mettre l'accent sur les aspects de l'environnement qui peuvent empêcher ou encourager l'activité physique. Il est important que les adultes âgés se sentent en sûreté dans leurs quartiers. Il est important que l'on puisse marcher dans les collectivités. Il ne faut pas qu'il y ait de neige ou de glace sur les trottoirs, et les rues, les promenades et les sentiers de marche doivent être bien éclairés. Aider les collectivités à bâtir ou à améliorer une infrastructure qui encourage l'activité physique à tous les âges serait un investissement sage.

Comme je l'ai déjà mentionné, nous aimons bien l'idée du lancement d'une stratégie nationale pour lutter contre l'âgeisme, comme l'a été le lancement du *Guide d'activités physiques canadien pour une vie active saine pour les aînés* il y a environ une décennie durant l'Année internationale des personnes âgées. À la page 167 de leur ouvrage, Ory et coll. disaient en 2003 que le défi consiste « à aller au-delà de la simple communication des avantages essentiels pour la santé pour mettre l'accent sur l'encouragement et l'inspiration des auditoires pour les amener à devenir actifs, tout en faisant attention de ne pas les désaffecter ou les repousser. » [Traduction]

Une telle inspiration pourrait émaner d'une campagne nationale qui pourrait mobiliser des personnes âgées partout au Canada. Par exemple, nous pourrions doubler le nombre de personnes âgées actives rapidement en instaurant un système de jumelage actif, en vertu duquel une personne âgée active aiderait une personne âgée inactive à commencer à bouger. Les partenaires jumelés qui réussissent à maintenir leur engagement pourraient recevoir une distinction nationale sous forme d'une épinglette Personne âgée active.

En conclusion, nous appuyons l'investissement considérable dans le mieux-être des adultes âgés. L'approche à trois volets qui consiste à surmonter les obstacles individuels et environnementaux et à lutter contre l'âgeisme à l'échelon national est opportune autant que louable. Je me ferais un plaisir de répondre à vos questions.

Glenn Miller, Director, Education and Research, Canadian Urban Institute: We appreciate the opportunity to appear before you. The committee correctly notes that people who have been actively physically throughout their lives are more likely to continue this pattern after retirement. We believe the physical design and layout of our communities plays a key role in facilitating active living. Thanks to good work done by the World Health Organization in developing the concept of age-friendly cities, there is growing awareness among Canadian policy-makers that we need to prepare for and adapt to the demands of an aging society; but acknowledging the opportunity is not enough. There are important reasons why the federal government should take concrete steps to address these matters.

Most people agree that aging in place is a desirable goal. However, our research suggests that unless action is taken to address a variety of issues, ranging from urban design to the way we provide government services, the quality of life enjoyed by older Canadians will take a turn for the worse.

The reality of urban living in this country is that most Canadians depend on the private car to get to work, carry out errands and accomplish the things that provide us with one of the most attractive qualities of life in the world. If a majority of senior citizens live in communities where one needs a car to be able to function, what happens when we get too old to drive?

A majority of older Canadians live in single family houses that are located in urban areas. Most residential suburbs, built since the Second World War, have developed as car-dependent communities where essential services and amenities — such as shops, health care, libraries and community centres — are not available within walking distance. Even when the services are present in shopping malls, the lack of sidewalks and the width of suburban arterial roads is a daunting prospect for those whose agility and strength have started to decline.

The current generation of baby boomers who, over the coming decades, will become senior citizens, has higher expectations in terms of mobility than any generation before it. This creates the prospect that reduced mobility, which will occur if and when seniors are forced to give up driving, will have a negative impact on quality of life if steps are not taken to address the issue.

Within a period of 25 years or so, by which time seniors will comprise one in four Canadians, the makeup of Canada's communities will look and feel very different from today's cities. The resulting impact on government finances, the delivery of public services and priorities for how the private sector responds to these changes will likely see profound changes throughout society.

Glenn Miller, directeur, Éducation et recherche, Canadian Urban Institute : Nous nous réjouissons de pouvoir comparaître devant vous. Le comité signale à juste titre que les personnes qui ont été actives physiquement toute leur vie sont plus portées à continuer ce mode de vie après la retraite. Nous croyons que la conception matérielle et la configuration de nos collectivités jouent un rôle important dans la promotion d'un mode vie actif. Grâce au bon travail fait par l'Organisation mondiale de la Santé autour de l'élaboration du concept de « villes-amies » des aînés, les décideurs canadiens sont de plus en plus conscients du fait que nous devons nous préparer et nous adapter aux impératifs d'une société vieillissante. Mais on doit comprendre que l'opportunité ne suffit pas. En effet, d'importantes raisons devraient pousser le gouvernement fédéral à prendre des mesures concrètes pour s'attaquer à ces problèmes.

La plupart des gens s'accordent pour dire que vieillir chez soi est un objectif souhaitable. Cela dit, notre recherche montre qu'à moins que des mesures soient prises pour régler un certain nombre de difficultés, de la planification urbaine à la façon dont nous offrons nos services publics, la qualité de vie des Canadiens âgés risque d'empirer.

La réalité de la vie en milieu urbain au Canada est telle que la plupart des Canadiens dépendent d'une voiture personnelle pour aller au travail, faire leurs courses et faire toutes les choses qui nous permettent de jouir d'une des qualités de vie les plus enviables au monde. Si une majorité de citoyens âgés vivent dans des collectivités où il est indispensable d'avoir une voiture pour être fonctionnel, qu'arrive-t-il alors quand ces personnes âgées deviennent trop vieilles pour conduire?

Une majorité de Canadiens âgés vit dans des maisons unifamiliales en milieu urbain. Or, la plupart des banlieues résidentielles, construites après la Seconde Guerre mondiale, ont été conçues en tant que communautés qui dépendent de l'usage d'une voiture et où les services et commodités essentiels, notamment les boutiques, les centres de soins de santé, les bibliothèques et les centres communautaires, ne sont pas à distance de marche. Même quand ces services sont offerts dans les centres commerciaux, le manque de trottoirs et la largeur des artères périphériques constituent une perspective effrayante pour ceux dont l'agilité et la force ont commencé à diminuer.

La génération actuelle des baby-boomers qui, au fil des décennies, deviendront des citoyens âgés, a des attentes plus élevées en ce qui a trait à la mobilité que celles des générations précédentes. Par conséquent, la mobilité réduite, qui est inéluctable quand les personnes âgées ne peuvent plus conduire, aura une incidence négative sur la qualité de vie, à moins que des mesures ne soient prises pour régler le problème.

D'ici environ 25 ans, moment auquel les personnes âgées représenteront un quart de la population canadienne, la configuration des agglomérations au Canada offrira un aspect très différent de celui que présentent les villes aujourd'hui. Étant donné l'incidence que ce phénomène aura sur les finances publiques, la prestation de services publics et les priorités de réaction du secteur privé, la société subira vraisemblablement des changements en profondeur.

Our search for best practices has focused on two countries that are ahead of Canada in terms of the aging of the population: Japan and the United Kingdom. Building on insights from these places, we urge this committee to expand its comments in its interim report to consider recommending that the government adopt the principles of universal or inclusive design to guide the actions of all government departments and its relationships with provincial and territorial governments.

Japan did this nearly a decade ago, and the positive impact of inclusive design is now being felt throughout Japanese society. Even though Japan has the most elderly population in the developed world, everything from the design of transportation systems to the delivery of government services is now viewed through the lens of equal access for everyone. This proactive approach is also helping Japan mitigate the impact of ageism.

A second recommendation, which builds on the first, is to borrow an idea from the United Kingdom. The government there is implementing a cross-departmental policy called Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods. Nested within broader initiatives to promote sustainability, this program has set aggressive targets for introducing inclusive design into the private housing market, planning and municipal service delivery. A key attribute of this program is that its principles are to be embedded across government departments. Health is a key player, but unlike the situation in Canada, the roles of departments affecting the built environment, such as planning, housing and transportation as well as the delivery of government services for matters such as income support and communications, enjoy equal consideration.

The report, less than a month old, states:

Good design works well for people of all ages, but for those with mobility problems or with sensory or cognitive impairments it can make the difference between independent living and social exclusion.

It is not just lifetime homes that are needed, but lifetime neighbourhoods, where older people are not left out or forgotten because they cannot access buildings or public spaces. . . . They are neighbourhoods where transport, good shops, green spaces, decent toilets, and benches, are consciously planned for people of all ages and conditions in mind.

Canada's future prosperity depends to a great extent on how well our cities and towns are able to adapt to what the CUI calls "the demographic tsunami." As with demographics, there are powerful forces at play that drive the tsunami forward. The impact will vary across the country, reacting to differences in climate, immigration levels and regional economic drivers. How well we learn to retrofit existing communities and change our

Nous avons fait une recherche sur les pratiques exemplaires dans deux pays qui sont plus avancés que le Canada sur le plan du vieillissement de leur population : le Japon et le Royaume-Uni. D'après nos constatations dans ces pays, nous exhortons le comité à étayer son rapport intérimaire et à envisager de recommander que le gouvernement adopte les principes d'une conception universelle ou englobante pour guider les mesures prises par tous les ministères et ses relations avec les autorités provinciales et territoriales.

Le Japon a procédé ainsi il y a près de 10 ans et désormais, la société japonaise bénéficie des résultats positifs de la conception englobante dans tous ces aspects. S'il est vrai que le Japon a la population la plus vieille du monde développé, tous les secteurs, du transport à la prestation de services gouvernementaux, sont conçus avec le souci de les rendre également accessibles à tous. Cette approche proactive aide le Japon à atténuer l'incidence de l'âgeisme.

Dans la foulée de cette première recommandation, nous recommandons d'emprunter une idée au Royaume-Uni. Le gouvernement de ce pays met en œuvre une politique interministérielle appelée « Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods ». Cette politique s'inscrit dans un ensemble d'initiatives plus vastes visant à promouvoir la durabilité car elle est assortie de cibles musclées pour incorporer la conception englobante sur le marché du logement privé, dans la prestation des services de planification et municipaux. L'atout clé de ce programme tient au fait que ses principes doivent être intégrés dans tous les ministères publics. La santé est un élément central mais, contrairement à la situation au Canada, les ministères intervenant au niveau du cadre qui doit être construit, c'est-à-dire la planification, le logement et les transports de même que la prestation de services gouvernementaux en faveur de l'appui au revenu et des communications, sont traités de la même façon.

Le rapport, qui ne date pas d'un mois, affirme :

Une bonne conception est à l'avantage de tous, quel que soit l'âge, mais quand il y a des problèmes de mobilité ou encore des troubles sensoriels ou cognitifs, elle peut faire la différence entre une vie autonome ou l'exclusion sociale.

Un foyer pour une vie entière n'est pas suffisant car il faut des quartiers pour une vie entière ou les personnes âgées ne sont pas marginalisées ou oubliées parce qu'ils ne peuvent pas avoir accès aux immeubles ou aux espaces publics [...] Les quartiers sont conçus pour que le transport, les bons commerces, les espaces verts, les sanitaires confortables et les bancs soient destinés stratégiquement à l'intention des personnes de tous âges, quel que soit leur état de santé.

La prospérité future du Canada est en grande partie tributaire de la façon dont nos villes pourront s'adapter à ce que l'IUC qualifie de « tsunami démographique ». Outre les pressions démographiques, d'autres forces puissantes interviennent dans la progression du tsunami. L'impact ne sera pas le même dans toutes les régions du pays, étant donné les différences de climat, du niveau d'immigration et de moteurs économiques régionaux.

approach to the design of new ones in the coming decades to accommodate an environment where a quarter of the population is eligible for retirement will decide our future.

I would like to leave the committee with two thoughts. First, the federal government will need to broaden its understanding of the impacts of an aging society beyond health care and fiscal issues to fund research and work collaboratively with its many agencies, departments and commissions as well as other levels of government. Design will go a long way toward advancing this goal. Second, urban planners, led by organizations like the Canadian Urban Institute and the Canadian Institute of Planners and its provincial affiliates are well placed to foster collaborative partnerships with all levels of government, other design professionals, developers and other investors to creatively approach the design of new communities and the retrofitting of existing ones.

Ian Scott, President, Seniors College of Prince Edward Island: I would like to commend the Senate for undertaking this task. It is a masterful examination of many topics. I will focus on the area of active aging through a couple of examples.

I would like to speak about the Seniors College of Prince Edward Island. We are affiliated with the University of Prince Edward Island, but we have our own board. We have grown in 10 years from a membership of 45 to 527 members this year. It is a membership-based organization. Members pay \$120 for the year and are able to take as many courses as they want throughout the year. It is unlimited. We serve four communities across P.E.I. It is a concept of peer learning that has grown around the world to provide opportunities for those who are 50 plus. The difficulty is that there are few connections between the various organizations. Examples of courses offered are family history, astronomy, Math Magic, life writing and singing. We have more than 100 courses. The best description of our operation can be seen on our website video. The first domain ever registered in Canada, upe.ca/seniorscollege, will get you to that video about empowering people to be more fulfilled. The belief that seniors have much to give and that seniors make a difference in their world is a powerful force.

We use both university and community facilities that we taxpayers have built. Often, most of us think of our university libraries, which are the finest in the country, as having a unique status. We give them that elite status and forget that they our libraries — the best in our community. When we get people on campus and using the facilities, they begin to realize that they are part of the campus community. It is an empowering process. We were lucky to be invited onto campus, and we are keen to make use of any campus facilities available. A challenge is that we have

L'avenir sera décidé suivant la façon dont nous réussissons à remettre à niveau les collectivités existantes et la façon dont nous modifions notre façon de concevoir les nouvelles collectivités au cours des décennies à venir afin de constituer un environnement où un quart de la population admissible à la retraite vivra.

Je voudrais en terminant demander aux membres du comité de réfléchir à deux choses. Premièrement, le gouvernement fédéral devra évaluer les incidences d'une société vieillissante au-delà des enjeux fiscaux et sanitaires et financer, tout en offrant sa collaboration, la recherche effectuée par ces divers organes, ministères et commissions ainsi que par les autres paliers de gouvernement. La conception va grandement aider à atteindre cet objectif. Deuxièmement, les urbanistes, sous la houlette d'organisations comme l'Institut urbain du Canada et l'Institut canadien des urbanistes et ses affiliés provinciaux sont en très bonne posture pour promouvoir des partenariats de collaboration avec tous le paliers du gouvernement, avec les autres professionnels de la conception, les promoteurs et les autres investisseurs pour aborder avec les moyens créatifs la conception de nouvelles collectivités et la remise à niveau des collectivités existantes.

Ian Scott, président, Seniors College de l'Île-du-Prince-Édouard : Je voudrais féliciter le Sénat d'avoir entrepris cette étude. Il s'agit d'un examen exhaustif de bien des sujets. Je vais, grâce à quelques exemples, parler essentiellement du vieillissement actif.

Je vais d'abord parler du Collège des aînés de l'Île-du-Prince-Édouard. Nous sommes affiliés à l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard mais nous avons constitué notre propre conseil d'administration. En dix ans, nos adhérents sont passés de 45 à 527. L'organisation est orientée vers ses adhérents qui payent 120 \$ par an et sont libres de suivre tous les cours qu'ils souhaitent pendant l'année. C'est illimité. Nous desservons quatre collectivités à l'Île-du-Prince-Édouard. Le collège est axé sur l'apprentissage avec les pairs qui connaît de plus en plus de vogue de par le monde afin de donner des possibilités aux gens de plus de 50 ans. L'ennui est qu'il y a peu de relations entre les diverses organisations. Les cours offerts sont par exemple des cours sur l'histoire de la famille, l'astronomie, la magie mathématique, l'écriture du vécu et le chant. Nous offrons plus de 100 cours. La meilleure description du collège se trouve sur notre site Internet, via une bande vidéo. Le premier domaine enregistré au Canada, à savoir upe.ca/seniorscollege, vous permettra de visionner cette bande vidéo qui décrit la façon de donner aux gens les moyens de mieux se réaliser. Nous dérivons une force puissante du fait que nous croyons que les personnes âgées ont beaucoup à apporter et qu'elles font une différence dans leur milieu.

Nous utilisons les installations de l'université de la communauté édifée grâce aux deniers publics. Souvent, la plupart d'entre nous pensent que nos bibliothèques universitaires, qui sont parmi les plus complètes du pays, ont un statut unique. Nous leur conférons un statut élitiste et nous oublions que ce sont nos universités — les meilleures dans la collectivité. Quand les gens fréquentent un campus et se servent des installations, ils commencent à se rendre compte qu'ils font partie de la collectivité du campus. C'est un processus habilitant.

quickly outgrown the facilities on campus and have to look further afield for space. However, the campus is a key part of our operation.

It is important that in any kind of planning, multi-use rooms are integrated into facilities' planning so that community rooms are bookable spaces. We face a challenge every day in finding enough bookable spaces. A number of our members do not have transportation and will walk several miles to get to a class. It is a real commendation of their dedication that they will struggle, gaining exercise along the way, to attend classes.

I would like to touch on another example. One of our board members is a great living example of an active senior. She embarked upon a PhD in her 60s, completed her PhD and is currently an adviser to doctoral students. She wrote a paper recently on an area that is near and dear to my heart: literacy. I commend the Senate for its leadership role in literacy across this country, which has influenced government greatly. She entitled her study, which she presented a couple of weeks ago in New York, *It Takes a Village to Raise a Reader: Building Literacy Across Generations*. She looked at a very active intergenerational program in Prince Edward Island called Project L.O.V.E. (Let Older Volunteers Educate). It matches senior volunteers with elementary school students who need extra attention. It does not replace teacher assistants, but it provides a buddy system and an important linkage. It is all about giving back and contributing to our communities, which we built.

This project is part of an intergenerational movement that is helping to reduce and replace the loss of extended family structures. In particular in Eastern Canada, we have seen the reality of our young people leaving. Every family I know in Prince Edward Island has family members who live off-island. This was not as common 50 years ago as it is today. Many young people living in urban centres do not have grandparents within walking distance of where they live. Children growing up do not have that kind of close contact. This program helps to bridge that gap and to provide an opportunity for a kind of volunteer grandparent to become a part of the life of a young person.

As well, it helps seniors feel valued and in touch with the younger generation while helping young people feel connected to the values of caring through the reading experience. Reading together is not so much about decoding and eye-tracking across the page. Rather, it is about the caring process that printed materials matter, that reading matters and that it is a key to our culture and to the conveyance of knowledge.

Nous sommes conscients de la chance que nous avons d'être invités sur le campus et nous utilisons intensément les installations qui s'y trouvent. Le problème est que très vite ces installations ont été saturées sur le campus et que nous avons dû chercher des locaux ailleurs. Toutefois, le campus est un élément essentiel de nos opérations.

Quelle que soit la planification envisagée, il est capital que des salles à usage multiple soient intégrées dans la collectivité afin qu'elles puissent être réservées. Quotidiennement, nous avons le problème de trouver des espaces que nous pouvons réserver. Certains de nos membres n'ont pas de moyen de transport et ils acceptent de marcher plusieurs milles pour se rendre à leur cours. Cela témoigne éloquentement de leur dévouement car ils sont prêts à faire l'effort, qui est en même temps un exercice, pour assister aux cours.

Je voudrais vous donner un autre exemple. Un des membres de notre conseil d'administration est le parfait exemple de la personne âgée active. Elle a entrepris ses études de doctorat dans la soixantaine, a obtenu son diplôme et actuellement, elle conseille les étudiants au doctorat. Récemment, elle a écrit un article sur un sujet qui me tient beaucoup à cœur : L'alphabétisation. Je félicite le Sénat qui joue un rôle de chef de file en matière d'alphabétisation au Canada, ce qui a grandement influencé les décisions gouvernementales. Elle a intitulé son étude, qui a été présentée il y a quelques semaines à New York, *It takes a Village to Raise a Reader : Building Literacy Across Generations*. Elle a analysé un programme intergénérationnel très actif à l'Île-du-Prince-Édouard intitulé Project L.O.V.E. (Let Older Volunteers Educate). Le programme jumelle un bénévole âgé et un élève de l'école élémentaire qui a besoin d'une attention particulière. Il ne s'agit pas de remplacer les aides-enseignants mais de créer un système de jumelage et une relation étroite. Le but est de rendre ce que l'on a reçu et de participer à la vie des collectivités que nous avons édifiées.

Le projet fait partie d'un mouvement intergénérationnel et vient combler la disparition des structures de la famille élargie en la remplaçant. Nous avons dans l'Est du Canada tout particulièrement subi la réalité du départ de nos jeunes. Dans toutes les familles que je connais à l'Île-du-Prince-Édouard, il y a des membres qui ont quitté l'île. Ce phénomène n'était pas aussi courant il y a 50 ans qu'aujourd'hui. Bien des jeunes qui vivent dans les centres urbains n'ont pas de grands-parents vivant tout près d'eux. Ces enfants grandissent sans connaître ce lien étroit. Le programme permet de combler cet écart et donne aux grands-parents bénévoles la possibilité de faire partie de la vie d'un jeune.

En outre, le programme aide les personnes âgées à se sentir gratifiées et à garder contact avec la jeune génération tout en aidant cette dernière à renouer avec la sollicitude par le biais de l'expérience de la lecture. Une lecture en commun ne tient pas tant au décodage des mots sur la page. Il s'agit plutôt de la sollicitude qui fait prendre conscience de l'importance de l'écrit, de la lecture, de ce qui est une porte d'accès à notre culture et à l'acquisition de la connaissance.

On page 12 of your report, the third paragraph indicates that a number of the innovative programs across the country promote learning among seniors. The committee heard that the development of new programs could be accelerated if providers had an opportunity to meet and share ideas and best practices. I would like to underline or highlight that, but I do not find it reflected in the recommendations. Recommendation 13 could be strengthened a bit through some minor wording to acknowledge the fact that those of us across the country who provide low-cost programs are doing it as volunteers. We are dedicating our time to this effort. As a retiree, I do not have the option of being able to travel widely, whereas professionals in the field do so. My experience in literacy and government for many years with colleagues across the country that I could visit was of great benefit to advancing programs in Prince Edward Island. In particular, having colleagues across the country has been helpful when working in smaller communities and in isolation in a small province. If we can do anything to encourage communication in this area among those who are organizing programs for retirees, that would greatly enhance efforts and help to spread the word.

We held a regional conference last summer and attracted people from seven provinces. We have seen from that the growth of new seniors' colleges, one launched in Halifax in January, one that will launch in Sackville, New Brunswick, through Mount Allison University this September, and one in Cape Breton as well.

We encourage you to include some wording in recommendation 13 that recognizes that those who work at the community level do need help in spreading the word and working together.

Ruth MacKenzie, President, Volunteer Canada: I am pleased to be invited today. You are undertaking important work. It is notable that you have recognized the importance of volunteering to the well-being of senior Canadians. Today, on the first day of National Volunteer Week, I thank you for that.

Values related to volunteer involvement are strong in this country. Forty-five per cent — 12 million Canadians — contribute almost 2 billion hours of time as volunteers each year. Deeply concerning is that much comes from the few: 11 per cent of Canadians contribute 77 per cent of the volunteer hours. More troubling still is that a significant proportion of that 11 per cent is older adults. If we do not find ways to engage generations as they move into their senior years to ensure their contributions are maximized, volunteer involvement and in fact our communities are at risk.

The recommendations contained in your report related to facilitating volunteerism are strong and undoubtedly would have a positive impact on volunteer engagement among our seniors'

Au dernier paragraphe de la page 13 de votre rapport, il est question d'un certain nombre de programmes novateurs au pays pour favoriser l'apprentissage chez les aînés. Des témoins ont dit au comité que de nouveaux programmes pourraient être créés plus rapidement si les fournisseurs avaient l'occasion de se rencontrer pour échanger des idées et mettre en commun leurs pratiques exemplaires. Je voudrais souligner cette suggestion mais je ne l'ai pas retrouvée dans les recommandations. La recommandation 13 pourrait être étayée, grâce à quelques modifications dans le libellé, pour tenir compte du fait que ceux qui fournissent ce genre de programme à coût modique à l'échelle du pays sont des bénévoles. Nous offrons notre temps. En tant que retraité, je n'ai pas la possibilité de voyager énormément, mais les professionnels du domaine le font. Mes nombreuses années d'expérience dans le domaine de l'alphabétisation et au gouvernement m'ont amené à rencontrer des collègues aux quatre coins du pays, ce qui a été un apport précieux dans l'évolution des programmes à l'Île-du-Prince-Édouard. Plus particulièrement, le coup de main des collègues a été utile pour travailler dans de petites collectivités et dans une petite province isolée. Tout ce que nous pourrions faire pour encourager les communications entre ceux qui organisent des programmes à l'intention des retraités, consoliderait grandement les efforts et aiderait à répandre la bonne parole.

L'été dernier, nous avons organisé une conférence régionale qui a attiré des représentants de sept provinces. De la rencontre ont émané de nouveaux collèges pour aînés, l'un ayant été ouvert à Halifax en janvier, un autre qui le sera à Sackville au Nouveau-Brunswick, en collaboration avec l'Université Mount Allison en septembre prochain, et un au Cap Breton également.

Nous vous encourageons à reprendre le libellé de la recommandation 13 pour rappeler que ceux qui travaillent au niveau communautaire ont besoin d'aide pour répandre la bonne parole et pour s'entraider.

Ruth MacKenzie, présidente, Bénévole Canada : Je suis ravie qu'on m'ait invitée à venir témoigner. Nous entreprenons un travail important. Il est louable que vous ayez reconnu l'importance des bénévoles pour le bien-être des aînés canadiens. Aujourd'hui, puisque c'est le premier jour de la semaine nationale du bénévolat, je vous en remercie.

Les valeurs qui véhiculent l'engagement bénévole au Canada sont solides. Quarante-cinq pour cent de la population — 12 millions de Canadiens — consacrent chaque année près de deux milliards d'heures à des activités bénévoles. Ce qui est déconcertant, c'est qu'une grande partie de ces heures sont le fait de quelques-uns. Soixante-dix sept pour cent des heures de bénévolat sont attribuables à 11 p. 100 des Canadiens. Encore plus déconcertant, une proportion appréciable de ces 11 p. 100 sont des adultes âgés. Si nous ne trouvons pas les moyens de mobiliser les générations vieillissantes pour garantir leur contribution maximale, le bénévolat et en fait nos collectivités seront en péril.

Les recommandations contenues dans votre rapport concernant le moyen de rendre plus faciles les activités de bénévolat sont fermes et auraient indéniablement une incidence

communities. Your recommendation to ensure multi-year funding is significant. Much of what volunteer involvement is all about is the relationship between the volunteers and where they choose to volunteer or direct their time. Relationships are about faith, reliance, continuity and momentum, concepts impossible to maintain without knowledge and trust that relationships that are there on March 31 will also be there on April 1, that the beginning of a new year will not mean that programs and people who are relied on might or might not be there.

Infrastructure is critically important, but often a layer that is less attractive to funders — public and private sector alike. This recommendation recognizes that volunteering, while organic in its ethos, is also not free, or free from the need for support and nurturing. National leadership is important here to identify and answer the research questions that tell us what is around the corner for volunteering and the voluntary sector, so that we can be prepared to shape volunteer involvement to fit with emerging issues, trends, shifts and interests.

Your recommendation to recognize and promote volunteering throughout the life cycle is strategic, but the life of every single Canadian is unique and ever-changing. We must recognize that individuals come to volunteering for different reasons. We need to recognize and respect that people move into and out of volunteering at different stages of their lives, understanding youth, the sandwich generation, the socio-economic stages of life, the role of employers, family or intergenerational volunteering, the new Canadian experience, and of course the focus of this committee, seniors.

I have purposely left tax credits for volunteerism, your first recommendation, to the end of my comments. In considering how to foster volunteerism, it is important to consider the barriers to volunteering. Volunteers tend to be fairly middle-class. The statistics tells us that they are educated and that they come from incomes on the higher end of the spectrum. One could draw the conclusion, then, that there is an economic barrier to volunteering and, as such, that providing an economic incentive to volunteering makes sense.

I approach the issue of tax credits with some trepidation. If we need to engage those from lower incomes in volunteering, those households are unlikely to benefit substantially from a tax credit. Alternatively, finding a mechanism whereby it is possible to reimburse for out-of-pocket expenses would be of tremendous advantage. Many non-profit organizations are stretched for dollars and cannot reimburse volunteers for direct expenses, and at times the cost of a bus ticket is in fact a barrier for many people.

positive sur l'engagement bénévole de la part de nos aînés. Votre recommandation concernant un financement pluriannuel est importante. Une part essentielle de l'engagement bénévole tient à la relation entre les bénévoles et le choix du domaine où ils consacreront leur temps. Cette relation repose sur la confiance, la fiabilité, la continuité et l'intensité, des notions impossibles à maintenir en l'absence de l'assurance que cette relation existant le 31 mars va pouvoir être maintenue le 1^{er} avril, l'assurance qu'au début d'un exercice financier, on ne risque pas que les programmes et les protagonistes sur lesquels on compte risquent de disparaître.

L'infrastructure est un élément essentiel — souvent délaissée par les bailleurs de fonds, tant publics que privés. Cette recommandation souligne que le bénévolat, pour organique qu'il soit dans son éthique, n'en est pas pour autant gratuit ni exempt du besoin d'être soutenu et encouragé. C'est pourquoi il est important d'avoir un leadership national, pour formuler les questions de recherche et y trouver des réponses : savoir ce qui attend les bénévoles et le secteur à but non lucratif et pouvoir ainsi se préparer à adapter la participation des bénévoles en fonction de l'évolution des questions, des tendances, des revirements et des intérêts.

Votre recommandation visant à reconnaître et promouvoir le bénévolat tout au long du cycle de vie est stratégique; toutefois, chaque Canadien ou Canadienne a des circonstances de vie bien particulières et en évolution constante. Il faut reconnaître que chacun vient au bénévolat pour des raisons différentes, admettre et respecter le fait que les gens font du bénévolat et cessent d'en faire à différents stades de leur vie, de comprendre la jeunesse, la génération sandwich, les stades socioéconomiques de la vie, le rôle des employeurs, le bénévolat familial ou intergénérationnel, l'expérience des nouveaux Canadiens et, bien sûr, l'objet principal de l'étude de votre comité : les aînés.

C'est délibérément que j'ai gardé pour la fin votre première recommandation : des crédits d'impôt pour le bénévolat. Pour stimuler le bénévolat, il est important de tenir compte des obstacles au bénévolat. Les bénévoles ont tendance à appartenir à la classe moyenne; les statistiques indiquent qu'ils ont fait des études et se classent dans les tranches supérieures de revenus. On pourrait donc en conclure qu'il existe un obstacle économique au bénévolat et que, par conséquent, fournir une mesure d'incitation économique au bénévolat serait logique.

Mais la question des crédits d'impôt me perturbe un peu. Si l'idée est d'encourager les personnes à plus faible revenu à faire du bénévolat, ce sont des ménages peu susceptibles de tirer un avantage majeur d'un crédit d'impôt. Par contre, trouver un mécanisme permettant de rembourser les dépenses pour lesquelles les bénévoles en sont autrement de leurs poches serait très, très avantageux. De nombreux organismes à but non lucratif sont sur la corde raide d'un point de vue financier et ne peuvent rembourser aux bénévoles leurs frais directs. Or, il y a des situations où le coût d'un ticket de bus est en fait un obstacle pour bien des gens.

The issue of attaching an economic value to volunteering and providing tax incentives is significant and timely in the sector. The reality, though, is that there are a number of unanswered questions regarding the real benefit or associated incentive to such an approach. Does measuring volunteerism in economic terms detract from its inherent value and thereby diminish the importance of the underlying passion or qualitative components to volunteer involvement? Do we know that providing an economic incentive such as tax credits will result in increased engagement? Will individuals volunteer to the associated maximum number of hours and then drop off? Will providing tax incentives for seniors who volunteer have a detrimental affect on the engagement rates of other demographic cohorts who are not provided such a benefit? While it is certainly an interesting and perhaps even attractive proposition, more research is necessary to truly understand the possibility for positive impact and associated risks to volunteer involvement and the culture or philosophy of volunteerism.

Perhaps the most dramatic component to this recommendation is the potential for administrative burden on already resource-stretched managers of volunteers in voluntary organizations. I would urge you to consider the significant organizational resources that would be necessary to manage the associated record-keeping and reporting. We must be acutely aware of the ultimate impact of having perhaps increased volunteer involvement while decreasing our ability to manage those volunteers well.

In closing, I would urge the committee to implement the recommendations that we know would result in a significant increase in the capacity of organizations to involve volunteers before considering the recommendation for tax credits. If undertaken in a well-thought-out manner where the concept of tax credits is fully researched and understood, there may be potential for this to work. I would also urge the committee to share its insights with other such initiatives occurring within the framework of our government or perhaps to add a final recommendation, that a special Senate subcommittee on the state and future of volunteering in Canada be appointed.

The Chair: Thank you very much. We heard some interesting debate and discussion. I would like some interaction between Mr. Witcher and Mr. Paterson. I was interested that Mr. Paterson is encouraging much more physical activity. Mr. Witcher, you seem to be doing the same, but you seem to be saying that sometimes seniors are their own worst enemy. How do we get them from what you have identified as perhaps having a sense of unease with being physically active to where they should be, from your comments, Mr. Paterson, which you think is absolutely essential? I must say that you are saying it in front of someone who has diagnosed herself as being allergic to exercise.

Mr. Witcher: Maybe a good place to start is with your allergy. On the surface, it would seem as though we have a conflict here. Mr. Paterson and I would bash heads a little. Fundamentally, I agree with him that a lot of research shows that in order to

La question d'accorder une valeur économique au bénévolat est de fournir des mesures fiscales incitatives et d'actualité dans le secteur, qui en reconnaît l'importance. N'empêche qu'il subsiste toute une série de questions sans réponses quant aux avantages réels ou encouragements associés à une telle approche. Mesurer le bénévolat en termes économiques nuit-il à sa valeur inhérente, diminue-t-il l'importance de la passion et des éléments qualitatifs qui sont à l'origine de la participation des bénévoles? A-t-il été prouvé que fournir des mesures incitatives économiques comme des crédits d'impôt se traduiraient par une participation accrue? Les bénévoles vont-ils effectuer le nombre d'heures maximum associé aux crédits puis se laver les mains de la question? Est-ce que le fait d'accorder des incitatifs fiscaux aux personnes âgées qui font du bénévolat aura des répercussions négatives sur la participation des autres tranches d'âge, qui ne jouissent pas d'un tel avantage? La proposition est intéressante, voire attrayante, mais il faut effectuer des recherches plus approfondies pour mieux mesurer les répercussions positives possibles, ainsi que les risques posés à la participation des bénévoles et à la culture ou philosophie du bénévolat.

L'aspect le plus inquiétant de la recommandation est le fardeau accru qu'elle pourrait imposer aux gestionnaires de bénévoles qui ont déjà du mal à faire face à toutes leurs responsabilités. Je vous exhorte à tenir compte des ressources considérables dont un organisme à but non lucratif aurait besoin pour gérer les relevés d'heures et les tenir à jour. Il ne faut surtout pas perdre de vue le risque d'une participation accrue des bénévoles, associé à une diminution de notre capacité à bien gérer ces ressources.

En conclusion, j'exhorte le comité à mettre en œuvre les recommandations qui se traduiront, on le sait, par une augmentation significative de la capacité des organismes à faire participer les bénévoles, avant de se pencher sur l'octroi éventuel de crédits d'impôt. Si le concept des crédits d'impôt est mis en œuvre de façon réfléchie, après des recherches approfondies permettant de bien le comprendre, il est possible qu'il donne de bons résultats. J'exhorte aussi le comité à enrichir de ses constatations d'autres initiatives au sein du gouvernement, voire à créer un sous-comité sénatorial spécial sur l'état et le futur du bénévolat au Canada, en guise de dernière recommandation.

La présidente : Merci beaucoup. Le débat et la discussion ont été intéressants. J'aimerais voir dialoguer MM. Witcher et Paterson. J'ai été intéressée par le fait que M. Paterson semble encourager beaucoup plus d'activité physique. Monsieur Witcher, tout en allant dans le même sens, vous semblez dire que parfois nul n'a de pire ennemi que soi-même. Comment est-ce qu'on passe à ce que vous présentez comme peut-être un certain malaise à l'idée d'être actif physiquement au stade que vous recommandez, monsieur Paterson, comme étant absolument essentiel? Je vous signale d'ailleurs que vous prêchez ceci à quelqu'un qui s'est auto-diagnostiquée comme allergique à l'exercice.

M. Witcher : Ma foi, autant commencer par votre allergie. De prime abord, il semblerait y avoir un conflit, avec M. Paterson d'un côté et moi de l'autre. Mais, sur le fond, je suis d'accord avec lui : nombreuses sont les recherches qui montrent que, pour

really move people into the realm of benefiting physically from physical activity and exercise, there needs to be a shift into the 60 minutes, and maybe more, per day.

Given that the majority of older adults currently are not physically active at all, from a promotion standpoint it is meaningful to move people from inactivity to some activity. It would be very difficult to move people who are currently inactive to relatively high rates of physical activity.

Mr. Paterson: This issue goes back a fair time. It was the behaviourist approach that invented active living with the idea that if you do just a little bit more, that will get you into an active lifestyle. The activity guides were an example of that. They have not worked. Population activity has not increased. The need for certain activities is clear from the research evidence now, that active living, even if we got everyone involved, would not do a damn for the health of the nation.

It is not too scary even if you have an allergy, because once we get older we lose enough functional capacity that brisk walking becomes exercise. That is where I sit.

One of my slogans is "get fit for active living." If we can get seniors into an eight-week course called "Get Fit for Active Living," educate them about the benefits of exercise and, in particular, teach them how to do these things, because there is nervousness about getting involved initially, they would then take up other activities in daily life. There are many examples from the centre where this has happened. A woman who quit golf was back golfing two years later because if she could survive the 7:30 a.m. exercise class, she could golf eighteen holes, so now she does both. It is not too intimidating to get people exercising.

The other small issue is that we do not have to get the whole population doing it. For the economic and societal benefits, getting just 10 per cent of the population to avoid chronic diseases and going to dependent living would be a huge cost savings.

Mr. Miller: Some middle ground, perhaps, is found in the concept of natural exercise, which is an idea from the planning world. It looks at the kind of natural exercise that you get from having a community that you can literally walk about in, and the suburban areas that we have done a rather poor job of building as car-dependent make it difficult to do that.

When we look at the senior population, with the three cohorts that you identified in your report, it is useful to look also at what we call "seniors in training," the cohort before age 65, and to pay attention to informing this cohort, because if they have not been active in the past, it is probably a good time to get to them, so that when they reach the later years, they are able to change their behaviours.

obtenir des avantages positifs de l'activité et de l'exercice physiques, il faut envisager graduellement d'y consacrer 60 minutes ou plus chaque jour.

Vu que la majorité des adultes âgés sont actuellement totalement inactifs physiquement, d'un point de vue promotionnel, il est important de les faire passer d'une inactivité totale à une certaine activité. Il serait très difficile de faire passer les gens qui sont actuellement inactifs à un état d'activité physique relativement intensif.

M. Paterson : La question ne date pas d'hier. C'est l'approche behavioriste qui nous a valu le concept de vie active, en partant du principe qu'en amenant les gens à en faire un peu plus, on les convertira à un mode de vie active. Les guides d'activités en sont un exemple. Or, ils n'ont pas réussi. L'activité de la population n'a pas augmenté. La recherche a désormais clairement prouvé que certaines activités étaient nécessaires, si bien que la vie active, même si chacun s'y mettait, n'aurait aucune répercussion positive sur la santé de la nation.

Votre allergie à l'exercice ne m'inquiète pas outre mesure, dans la mesure où, en vieillissant, la perte de capacités fonctionnelles est telle qu'une marche vigoureuse devient de l'exercice. Telle est mon opinion.

L'un des mes slogans est le suivant : « mettez-vous en forme pour la vie active. » Si nous pouvons amener les aînés à suivre un cours de huit semaines appelé « Mettez-vous en forme pour la vie active », les informer des avantages de l'exercice et, surtout, leur montrer comment s'y prendre — vu qu'ils ressentent au départ une certaine appréhension —, ils s'adonneraient à d'autres activités dans leur vie quotidienne. On a au centre de nombreux exemples de ce type d'évolution. Une femme qui avait cessé de faire du golf y est revenue deux ans plus tard parce que, si elle pouvait survivre à une classe d'éducation physique à 7 h 30 du matin, elle pouvait faire ses 18 trous. Maintenant elle fait les deux. Ce n'est pas si intimidant que cela, d'amener les gens à faire de l'exercice.

L'autre aspect de la question est qu'il n'est pas nécessaire d'amener toute la population à s'y mettre. D'un point de vue économique et sociétal, il y aurait d'énormes économies de coûts si l'on amenait juste 10 p. 100 de la population à éviter les maladies chroniques et le besoin d'être assistée.

M. Miller : L'idée d'exercice naturel représente peut-être un moyen terme. C'est une idée dont on parle dans le domaine de l'urbanisme : il y a un exercice naturel quand existe une collectivité qui permet de se déplacer en marchant, contrairement aux banlieues axées sur l'automobile que nous avons malencontreusement construites.

Lorsqu'on envisage la population des aînés, avec les trois grands groupes d'âge que vous avez identifiés dans votre rapport, il est utile d'envisager également les « futurs aînés », le groupe des moins de 65 ans et de s'assurer de les informer. En effet, s'ils n'ont pas été actifs par le passé, le moment est sans doute bien choisi pour les sensibiliser afin que, une fois qu'ils seront plus âgés, ils soient en mesure de modifier leur comportement.

Ms. Gallagher: In our work with remote and rural communities, we found that some of the challenges in those communities are different than those in urban areas. One size does not fit all when thinking about encouraging people to become more active or fit. Many of the people in those areas talked about the harsh winter conditions and the difficulties of getting out of their homes in winter. There is an absolute lack of public transportation of any kind to go anywhere, and unless you have a family member or a friend to drive you, you are homebound for a great deal of time during the harsh winter months.

All those things are interlinked. It is not just about getting people to go out and get exercise. It might be that other barriers and other factors local to that community need to be addressed.

Senator Mercer: Mr. Paterson, as you were talking and responding to the prod of the chair to get discussion going, I could not help but think about my 88-year-old mother who always concerns me and who does not exercise very well. I have tried to encourage her not to go to the corner store for a quart of milk but to go the supermarket, put the quart of milk in her cart and walk around the supermarket in every aisle just for the exercise. My mother is a fairly gregarious person who would probably meet half the people in the store, and it would take her an hour and a half to do that walking and it would be good exercise for her. Some exercise is pretty easy to do.

Many years ago, when I used to travel to see my sister-in-law in North Carolina, in the summertime the temperature would be as stifling as it could be in the southern United States. I noticed a walking program at the local shopping centre that started early in the morning, from eight o'clock to ten o'clock, and they had paths built right into the floor of the shopping centre for seniors to walk in the mornings in the air-conditioned environment so that they could exercise and not have to suffer the above 90-degree heat.

We have the opposite problem here with the cold. Do we have good examples from across the country of people doing that? It is good for the retailer, too, because if the seniors are in the shopping centre, they will stop at the Tim Hortons after the exercise and have a cup of coffee or buy that quart of milk at the grocery store in the shopping centre and so on.

Mr. Paterson: There is a mall walking program at three malls in London. To beef it up a little, we put an exercise leader in each of the malls for the morning time and the late afternoon time when most seniors decided to do their walking program. It is marked off so they know how far they have gone, they can time themselves, if they like, and the leader is there to give them advice on walking briskly and to keep them motivated.

Another resource that we do not use, which could answer some of the urban questions — although I appreciate that if we ploughed the sidewalks, it would be easier to walk on them — is the schools. It has been a heck of a job to get into schools. I do not know what their worry is.

Mme Gallagher : Dans notre travail avec les collectivités rurales et éloignées, nous avons constaté qu'elles affrontaient des défis différents de ceux qui existent dans les zones urbaines. Quand il s'agit d'encourager des gens à devenir plus actifs ou plus en forme, il n'y a pas d'approche passe-partout. Les habitants de ces régions ont été nombreux à évoquer combien l'hiver était âpre et combien il leur était alors difficile de sortir de chez eux. En l'absence totale de transports publics pour se rendre où que ce soit, faute d'avoir un membre de la famille ou un ami qui peut vous conduire en voiture, on est coincé chez soi pour une bonne partie des rudes mois d'hiver.

Tous ces éléments sont reliés. Il ne s'agit pas seulement d'amener les gens à sortir et à faire de l'exercice. Il y a parfois d'autres obstacles et d'autres facteurs particuliers dans une collectivité dont il faut tenir compte.

Le sénateur Mercer : Monsieur Paterson, en vous écoutant parler en réponse à l'encouragement de notre présidente à lancer la discussion, je ne pouvais m'empêcher de penser à ma mère, qui a 88 ans, et qui me préoccupe toujours parce qu'elle ne fait pas beaucoup d'exercice. J'ai essayé de l'encourager à ne pas rendre au magasin du coin pour acheter son lait mais d'aller au supermarché, de mettre son litre de lait dans son chariot et d'arpenter systématiquement toutes les allées du supermarché, histoire de faire un peu d'exercice, ce serait bon elle et cela lui prendrait sans doute une heure et demie, vue qu'elle est plutôt sociable et qu'elle s'entretiendrait avec la moitié des gens au magasin. Parfois, il est assez facile de faire de l'exercice.

Il y a longtemps, je me rendais en Caroline du Nord pour rendre visite à ma belle-sœur. En été, la température était parfois étouffante, comme cela peut être le cas dans les États-Unis du sud. Or, j'ai remarqué un programme de marche au centre commercial du coin, prévu tôt le matin, de 8 heures à 10 heures, avec des allées bien tracées sur le sol du centre commercial. Cela permettait aux aînés de marcher le matin dans un milieu climatisé et de faire ainsi de l'exercice sans s'exposer aux températures de plus de 90 degrés.

Ici, nous avons le problème opposé, celui du froid. Y a-t-il au pays de bons exemples d'initiatives de ce type? Elles sont intéressantes pour les détaillants aussi, parce que, si les aînés sont au centre commercial, après l'exercice, ils s'arrêtent au Tim Hortons pour prendre une tasse de café ou achètent leur litre de lait à l'épicerie du centre commercial, et ainsi de suite.

M. Paterson : Il y a un programme de marche dans trois centres commerciaux de London. Pour l'étoffer un peu, nous avons sur place un leader d'exercice, présent dans chaque centre commercial, le matin et en fin d'après-midi, aux heures où la plupart des aînés ont décidé de pratiquer la marche. Les parcours sont clairement indiqués, afin que les aînés sachent quelle distance ils sont parcourus et, s'ils le souhaitent, combien de temps il leur a fallu. Le leader est là pour prodiguer les conseils sur la façon de marcher d'une façon énergique et pour les aider à rester motivés.

Il y a une autre ressource que nous n'exploitons pas dans les zones urbaines : celle des écoles. Ceci dit, si on déneigeait les trottoirs, ils seraient plus propices à la marche. Mais, pour en revenir aux écoles, nous nous heurtons à une résistance incroyable, dont j'ignore la cause.

Senator Mercer: No vandals with seniors.

Mr. Paterson: There are mall walking programs, and there are other places that we could arrange to do it, if we could get permission. It is a good idea.

Senator Mercer: Ms. Gallagher, I want to make a recommendation. I share your concern about rural and remote communities. I also sit on the Standing Senate Committee on Agriculture and Forestry, and we have just finished a major study on rural poverty. It has not been published yet but will be soon. You will note in that study that we covered some of those concerns, so you might want to follow up with that.

Mr. Scott, I am interested in the Seniors College of Prince Edward Island. Who are the faculty and who pays them?

Mr. Scott: We pay our own way. The college is founded on a fair bit of volunteerism, and the board are all volunteers. We cannot even get a travel claim. We try to keep our costs as low as possible. We do have a coordinator whom we pay approximately \$10 an hour assuming he will work maybe 10 hours a week. He works pretty much full time. He is very dedicated but would get about \$5,000 a year in recognition of that. He is retired.

We pay our facilitators \$300 for a course. A course runs for eight weeks; because of the short duration, it is not a lengthy commitment. We get three semesters between September and June, and we have slight breaks between them at Christmas.

With respect to the cost, \$120 covers the costs for the year, and it is self-supporting. We do pay a small amount, approximately \$10 per person, for the courses that are on campus, and then we access church facilities. Churches have been wonderful hosts to us. In some cases, they put on the coffee and provide everything, and there might be a cup out for coins and any money goes towards church causes. Churches have been great hosts to us, but it is done inexpensively.

Senator Mercer: I come from the volunteer sector and spent my entire career working with volunteers across the country. I spent a good deal of time working for the YMCA where no one was turned away due to inability to pay.

What happens if someone comes to the college program who does not have the ability to pay?

Mr. Scott: We deal with them on an individual basis. Some of them are unique cases, for example individuals facing a cancer diagnosis who have no idea whether they will be able to continue for more than one or two classes. We give them an honorary or free membership for the year and recognize their circumstances. We have offered free memberships to people who have indicated

Le sénateur Mercer : Les aînés sont pourtant peu enclins au vandalisme.

M. Paterson : Il y a des programmes de marche dans les centres commerciaux et il y a d'autres endroits où cela pourrait être organisé, si on obtenait la permission. C'est une bonne idée.

Le sénateur Mercer : Madame Gallagher, je veux faire une recommandation. Je partage votre préoccupation au sujet des collectivités rurales et éloignées. Je siège également au Comité sénatorial de l'agriculture et des forêts, qui vient d'achever une étude de fond sur la pauvreté rurale, qui devrait être publiée bientôt. Dans notre étude, nous avons évoqué certaines de ces préoccupations, si bien que vous voudrez peut-être y jeter un coup d'œil.

Monsieur Scott, votre collège pour les aînés, à l'Île du Prince-Édouard, m'intéresse. Qui assure l'enseignement et qui rémunère les professeurs?

Monsieur Scott : Nous sommes autosuffisants. Le collège dépend en bonne partie de bénévoles; le conseil d'administration est entièrement constitué de bénévoles. Nous ne pouvons même pas nous faire rembourser nos frais de déplacement. Nous nous efforçons de limiter nos coûts autant que possible. Nous avons un coordinateur que nous payons environ 10 \$ de l'heure, si on part du principe qu'il travaille peut-être 10 heures par semaine. En fait, il travaille quasiment à temps plein. Il est très dévoué mais cela lui rapporte seulement environ 5 000 \$ par an. Il est à la retraite.

Nous payons nos facilitateurs 300 \$ le cours. Un cours se donne pendant huit semaines, période assez brève pour que cela ne constitue pas un engagement majeur. Nous organisons trois trimestres entre septembre et juin, avec de légères pauses à la Noël.

Pour ce qui est du coût, les frais d'inscription à l'année s'élèvent à 120 \$, ce qui suffit à assurer notre autosuffisance. Nous payons une petite somme, environ 10 \$ par personne, pour les cours qui ont lieu sur le campus. Nous avons aussi accès aux bâtiments confessionnels, où nous sommes merveilleusement bien accueillis. Il y a même des fois où l'église offre le café et tout le reste, avec peut-être une sèbile où on peut déposer des contributions qui vont aux œuvres de charité de l'église. Les églises nous accueillent donc à bras ouverts, mais on fait les choses à peu de frais.

Le sénateur Mercer : Je viens du secteur bénévole et j'ai consacré toute ma carrière à travailler avec des bénévoles partout au pays, notamment pour le YMCA, qui acceptait toujours les gens même quand ils ne pouvaient pas payer.

Que se passe-t-il si quelqu'un veut suivre le programme du collège sans avoir les moyens de payer les frais de scolarité?

Monsieur Scott : Nous traitons les choses au cas par cas. Il y a des circonstances exceptionnelles, par exemple des gens qui ont le cancer et qui ne savent pas du tout s'ils pourront suivre plus d'un ou deux cours. Nous leur accordons une inscription honoraire ou gratuite pour l'année pour tenir compte de leur situation. Nous avons offert des inscriptions gratuites à des personnes qui nous

that they are in a situation of poverty. We do not have a special program set up, but we deal with each case as it comes along.

Senator Mercer: If you need help I am sure the local Y could help you. They have a standard they use.

Ms. MacKenzie, I want to make sure that your last recommendation, that perhaps there should be a subcommittee studying the state and future of volunteerism in Canada, does not get lost in the process.

I hate to do this to my staff, who are listening, but I would love to volunteer to be on that committee. You are absolutely right with your numbers at the beginning of your report about the decline in the number of volunteers and more volunteer hours being done by fewer people. We are reaching a critical point here. Some of our most important community organizations will grind to a halt. If we factor out religious groups, it becomes even more critical. Religious and faith-based groups are different, but if you look at community-based groups, the numbers are critical.

Do we have examples across the country of organizations that have had to stop because they did not have enough volunteers?

Ms. MacKenzie: Almost any organization you asked would say that it is facing volunteer-recruitment challenges. Off the top of my head I cannot think of any organization that does not exist anymore solely because of volunteer shortages.

I certainly know that organizations face challenges around planning for the future and being able to position themselves strategically within the community. They experience severe shortages in individuals wanting to join boards of directors. It is often boards that provide the strategic planning for an organization. Organizations are very much at risk, in terms of being able to position themselves for the future, because of volunteer shortages.

Managers of volunteers are critical positions in organizations, yet frequently they are not recognized for their importance in being able to look at the volunteer program, at the shifts, changes and trends in volunteerism and say what they need to do. Perhaps they can no longer support an initiative or program in their organization that has an expectation that someone will serve tea at an oncology clinic every Wednesday afternoon for the next 35 years.

Programs that are more attached to the historical or traditional forms of volunteering are very much at risk over the next 10 to 15 years. That cohort — we call them the über-volunteers — is currently donating a significant number of volunteer hours, more than double what the next highest cohort is contributing. When they move out of their volunteering careers and become more substantial consumers of volunteer services that will be dramatic. While I cannot think of any off the top of my head right now, those examples will be plentiful within the next 10 years if we do not significantly change volunteerism.

ont dit être pauvres. Nous n'avons pas de programmes spécifiques à cet effet, mais nous traitons les cas au fur et à mesure qu'ils se présentent.

Le sénateur Mercer : Si vous avez besoin d'aide, je suis sûr que votre YMCA local pourrait vous aider. Ils appliquent une norme.

Madame MacKenzie, je veux m'assurer que votre dernière recommandation, soit l'éventuelle création d'un sous-comité sur l'état du bénévolat au Canada et son futur, ne se perde pas en cours de route.

Je ne sais pas si mon personnel, qui m'écoute, me le pardonnera, mais j'aimerais me porter volontaire pour être membre de ce comité. Les chiffres que vous avez signalés au début de votre rapport sont absolument exacts : le nombre des bénévoles diminue et nous sommes moins nombreux à faire plus d'heures. Nous atteignons un stade critique où certaines des associations communautaires des plus importantes risquent de perdre leur capacité de fonctionner. Si on ne tient pas compte des groupes confessionnels, qui sont différents, la situation est encore plus grave. Les chiffres sont vraiment inquiétants dans le cas des groupes communautaires.

Y a-t-il au pays des exemples d'organismes qui ont dû cesser leurs activités, faute de bénévoles?

Mme MacKenzie : Presque tous les organismes vous diront qu'il y a une pénurie de bénévoles. Mais juste comme ça, je ne me souviens pas d'un organisme qui a cessé d'exister uniquement en raison d'un manque de bénévoles.

Je sais que les organismes ont du mal à planifier pour l'avenir, et à se positionner de manière stratégique au sein de la collectivité. Ils ont de graves difficultés à recruter des administrateurs. Or, c'est souvent le conseil d'administration qui permet la planification stratégique. Les organismes sont très vulnérables, pour ce qui est de leur position en fonction de l'avenir, à cause du manque de bénévoles.

Au sein de ces organismes, la gestion des bénévoles est une fonction critique, dont les titulaires sont rarement reconnus pour leur importance, pour le fait qu'ils s'occupent du programme des bénévoles, qu'ils voient les tendances et les changements dans le bénévolat et qu'ils savent ce qui doit être fait. Par exemple, il pourrait ne plus être possible de garder un programme qui avait créé des attentes, pour servir le thé dans un service d'oncologie, chaque mercredi après-midi, pour les 35 années à venir.

Les programmes les plus ancrés dans les types de bénévolat traditionnels et anciens seront très vulnérables au cours des 10 à 15 prochaines années. Cette cohorte, celle des super bénévoles, donne actuellement beaucoup d'heures de bénévolat, plus du double de ce que donne la cohorte qui arrive en deuxième place. Quand ses membres cesseront de donner de leur temps pour devenir des utilisateurs de services bénévoles, la situation sera critique. Si on n'apporte pas de changements importants dans le bénévolat, des exemples de ce genre se multiplieront au cours des 10 prochaines années, bien que je ne puisse pas, pour l'instant, vous en donner un exemple.

Senator Mercer: I believe Ms. Gallagher said something about having volunteerism on the curriculum in high school or elementary school. I think this is excellent. There was a test program here in the national capital region a number of years ago. I know it met with a great deal of success, and the young people were very excited because volunteering is a rewarding experience. Those who volunteer know that. It seems to me there is an opportunity for all of us to attack the problem of not having enough volunteers to help aging people. We were talking a bit about fitness. There is an opportunity to utilize young people and to expose them to older Canadians and vice versa.

Ms. MacKenzie: That is critical. We need to be thinking about volunteerism with young age groups and ensuring that their first experience as volunteers is good. Then volunteering becomes part of their DNA and they will be contributors to volunteering, or at least attached to volunteering, throughout their whole lives. I think mechanisms to encourage volunteering within school programs are critical. It is important that those programs be considered well and managed well.

Ontario is an example of how it has not been managed very well. A program to say that every single high school student needs 40 hours to graduate is not volunteering: that is coercive in nature. Many young people would look at that as being potentially punitive in nature. That is not to say there is no potential there. I think if you attach civic participation and citizen engagement to the curriculum in schools there is an opportunity to have young people view their volunteer work, the community service they are required to do, as volunteer work and something that is of benefit to them and to their communities and that attaches them to something bigger than themselves.

Often, volunteering is the first time young people really view the world outside of their own microcosm. It is the shift from being all about me to being about something bigger than me, about our communities and an opportunity to see that we as individuals can have a role in shaping and making a difference in our communities. If that is messaged in the right way and those opportunities are managed in the right way, that can have a profound impact on young people.

The Chair: To build on what you have said, Ms. Gallagher, it is wonderful to have young people volunteer, but they will have a good experience only if they volunteer in something that interests them.

One problem I have identified quickly, as a former teacher, is that there is usually not someone on staff seeking out volunteer opportunities to match with particular children. For example, if you match boy who is a strong athlete with a young children's soccer team, that will probably be a wonderful activity for him. However, if you ask someone like me who is an unmitigated klutz to work with a soccer team, I do not know how to do it.

Ms. MacKenzie: Again, the allergy.

The Chair: Yes. I would be useless.

Le sénateur Mercer : Je pense que Mme Gallagher a parlé de l'intégration du bénévolat aux programmes des écoles secondaires et primaires. Je pense que c'est une excellente chose. Il y a quelques années, il y avait un projet pilote de ce genre, ici, dans la région de la capitale nationale. Je sais qu'il a connu un franc succès, et que les jeunes étaient très enthousiastes, considérant que le bénévolat était une expérience enrichissante. Les bénévoles savent cela. Je pense qu'il est possible pour nous tous de lutter contre le manque de bénévoles pour venir en aide aux personnes âgées. Nous avons un peu parlé de forme physique. Il serait possible de recourir au service des jeunes, qui fréquenteraient ainsi des personnes âgées, et vice versa.

Mme MacKenzie : C'est crucial. Il faut penser au bénévolat chez les jeunes et nous assurer que leur première expérience de bénévolat soit positive. Le bénévolat est ensuite assimilé en eux, et ils deviendront des bénévoles à vie. Il est crucial d'intégrer le bénévolat aux programmes scolaires. Il est important que ces programmes soient vus et gérés de manière positive.

En Ontario, on a un exemple de gestion malhabile. Un programme qui oblige tous les élèves d'écoles secondaires à faire 40 heures de bénévolat pour obtenir leur diplôme, ce n'est pas un programme de bénévolat, c'est une obligation. Beaucoup de jeunes y voient quelque chose qui peut être punitif. Je ne dis pas qu'il n'y a là aucun potentiel. Je pense que si l'on associe la participation à la société et la mobilisation des citoyens aux programmes scolaires, il est possible de faire en sorte que les jeunes considèrent leur bénévolat, ou le service communautaire qu'ils sont tenus de faire, comme un travail bénévole positif pour eux, comme pour la société, et qui les rattache à quelque chose de plus grand qu'eux.

Souvent, le bénévolat est la première chose qui fait sortir les jeunes de leur propre petit monde. Ils ne s'occupent pas que de leur petite personne, mais de quelque chose de plus grand qu'eux, ils font partie de leurs communautés et ont l'occasion de voir le rôle que chacun peut jouer dans la communauté, pour la façonner et y changer des choses. Si cela leur est bien présenté, et que les occasions d'agir sont bien gérées, l'effet sur les jeunes peut être profond.

La présidente : Pour ajouter à votre propos, madame Gallagher, précisons qu'il est merveilleux que les jeunes puissent faire du bénévolat, mais leur expérience ne sera positive que si le bénévolat se fait dans un domaine qui les intéresse.

Quand j'étais enseignante, j'ai rapidement constaté qu'habituellement, il n'y a pas un membre du personnel qui cherche des occasions de bénévolat adaptées aux intérêts des jeunes. Par exemple, un garçon qui est un athlète peut être associé à une équipe de soccer pour enfants, et ce sera pour lui une activité fantastique. En revanche, si vous demandez à quelqu'un comme moi, quelqu'un de maladroit, de s'occuper d'une équipe de soccer, je ne saurais même pas par où commencer.

Mme MacKenzie : Oui, encore une fois, c'est ce que j'appelle l'allergie.

La présidente : Oui, ce serait inutile.

I wanted to build on that with respect to a comment you made about flexibility. It seems to me that you will be able to engage seniors in volunteer work only if you build in that flexibility. If seniors have to make a year-long commitment to a volunteer position but they still want to have the flexibility of going to the cottage in the summer or down south for a couple of weeks in the winter, they do not want the guilt trip associated with not being able to show up in the summer or for those two weeks in January.

Ms. MacKenzie: You are absolutely correct. Again, that speaks to the need for a solid understanding about volunteerism. Managers of volunteers need to be resourced and brought into organizations with the skill sets necessary to manage volunteers. It is important that recognition also happen at the senior leadership level in an organization — at the level of the board, the executive director or the president. The importance of thinking strategically about volunteerism and volunteers beyond those who sit around your board or those raising funds for your organization needs to be considered. That is about strengthening recognition and understanding of volunteers as not being free but requiring support, nurturing and leadership. That is about investing in infrastructure.

Volunteer Canada is an example, of course, as are volunteer centres at the community level. Those who think about volunteering on a day-in-day-out basis will have an opportunity to address those research questions, take that learning and establish programs to support thinking around volunteerism that is responsive to the changing needs and desires of volunteers.

Senator Keon: I would like to ask a question following on something Mr. Miller mentioned, but I would like the entire panel to respond even though the question might be slightly peripheral to your own presentations.

You mentioned inclusive design. There was something in today's paper about a phenomenon in Ottawa of people with empty nests moving from the suburbs into downtown condos. Apparently, the condos cannot be built fast enough, regardless of price. These people are a bit ahead of the aging curve, but it seems this is a tremendous opportunity to accommodate the thinking that virtually all of you mentioned in your presentations, something to improve the environment for these people when they do become seniors.

We have a great country, but it is not simple as far as relationships go among federal, provincial and territorial governments and the large municipalities. I think Mr. Scott mentioned that it takes a village to raise a literate person. It is repeatedly stated that it takes a village to raise a child, and we have lost all our villages. There is no reason we cannot have villages within the large cities; we can have communities, but no one quite knows how to accomplish that.

It does not matter who responds first, but I would appreciate it if you would all pitch in. How can we influence the very top, the federal government? There is the cabinet, but every minister is preoccupied with what he or she must accomplish. Ministers have busy lives. There are cabinet committees in various countries of the world that dedicate themselves to integration of one sector or

J'aimerais revenir aussi à l'une de vos observations sur la souplesse. Il me semble que vous ne pourrez recruter des bénévoles âgés que si vous avez cette souplesse. Quand une personne âgée s'engage à faire du bénévolat pendant un an, elle veut tout de même pouvoir aller au chalet l'été, ou dans le Sud pendant quelques semaines l'hiver, sans se sentir coupable de ne pas faire ses heures de bénévolat l'été, ou pendant ces deux semaines en janvier.

Mme MacKenzie : Vous avez tout à fait raison. Là encore, il faut vraiment bien comprendre le bénévolat. Ceux qui gèrent les bénévoles doivent être formés et intégrés à des organismes s'ils ont les compétences nécessaires pour gérer des bénévoles. Il importe que cette reconnaissance se fasse aussi chez les dirigeants de l'organisme, au conseil d'administration, à la présidence ou chez le directeur exécutif. Il faut penser au bénévolat de manière stratégique, au-delà du conseil d'administration ou du comité de financement. Il faut reconnaître et comprendre que les bénévoles ne sont pas gratuits, qu'il leur faut de l'appui, de l'encouragement et du leadership. Il faut investir dans l'infrastructure.

Bénévoles Canada en est un exemple, tout comme les centres de bénévolat communautaires. Ceux qui réfléchissent au bénévolat au quotidien auront l'occasion de répondre à ces questions de recherche, de faire ces apprentissages et de créer des programmes de soutien du bénévolat adaptés à l'évolution des besoins et des attentes des bénévoles.

Le sénateur Keon : Une réponse de M. Miller m'amène à poser une question, mais je voudrais que tous nos témoins puissent y répondre, même si elle s'écarte un peu de leur exposé.

Vous avez parlé de conception inclusive. Dans le journal de ce matin, on disait qu'à Ottawa, des couples dont les enfants sont partis quittent la banlieue pour s'installer dans des condos au centre-ville. Apparemment, la demande de condos dépasse l'offre, peu importe le prix. Ces gens ne sont pas encore bien vieux, mais il me semble qu'il y a là une occasion en or d'intégrer les notions dont vous avez presque tous parlé dans votre exposé, pour améliorer le milieu où ces gens deviendront des personnes âgées.

Nous avons un beau pays, mais les relations entre les gouvernements fédéral, provincial et territorial et les grandes administrations municipales ne sont pas simples. M. Scott, je crois, disait qu'il fallait un village pour élever une personne alphabétisée. On dit souvent qu'il faut un village pour élever un enfant, mais nous avons perdu tous nos villages. Il n'y a toutefois pas de raison de ne pas avoir des villages au sein des grandes villes; nous avons des communautés, mais nous ne savons pas très bien quoi en faire.

Il m'importe peu de savoir qui répondra en premier, mais j'aimerais que vous le fassiez tous. Comment influencer le gouvernement supérieur, le gouvernement fédéral? Il y a le Cabinet, mais chaque ministre est préoccupé par ses obligations. Les ministres sont très occupés. Dans divers pays, des comités du Cabinet se consacrent à l'intégration d'un secteur ou d'un autre.

another. To provide the kind of communities that our seniors need is way beyond the mandate of any individual minister or individual government, not to mention the NGOs.

How do you think our report could be useful in assisting these well-intentioned people to fundamentally get their act together, integrate things and provide an ideal milieu for seniors?

Mr. Miller: Those are interesting comments. As you said, we live in a complex environment. One sliver is to deal with the issue of standards. The federal government, for example through the Department of Public Works and Government Services, Canada Mortgage and Housing Corporation or many of its other departments, could adopt the principles of inclusive design or universal design, which first began in trying to overcome issues related to disabled people. That thinking then imbues the rest of the thinking about the design of programs.

One anecdote that may resonate here is that when Mike Harcourt was mayor of Vancouver, he was challenged by someone in a wheelchair to leave City Hall and meet this gentleman at a White Spot café not far from City Hall. Mr. Harcourt tried to meet this man but he could not because the café was inaccessible. Therefore, he did something that started the ball rolling. He required his public works department to change the standards so that there would be curb cuts. The engineering community then picked it up, and the next thing you knew, it was happening throughout North America. Today, a sidewalk is not built without curb cuts.

Those little standards started dominos falling in order to overcome barriers. You can apply that in non-physical ways as well. For example, when the government designs a program and is considering reliance on websites, that gets into the area of literacy and people's ability to have access. The government must broaden its thinking and realize that it cannot put all of its resources into web-based information; it has to think about people who do not have access.

There is a gerontologist in Birmingham, England, who says that if you design for the young, you exclude the old; if you design for the old, you include everyone. It is a general thinking of inclusiveness. We cannot afford to deal with just a senior population. We have to think of everyone.

With respect to the issue of housing, the British government is setting off on an ambitious target to require the private sector housing providers to start building in things that are now extras found only in seniors' projects. Therefore, they are not building for only one stage in the life cycle. When they start to scale it up to the community level you will see dramatic results, which could be very positive.

La création de communautés adaptées aux besoins des personnes âgées va bien au-delà du mandat d'un ministre ou d'un gouvernement, sans parler des ONG.

D'après vous, comment notre rapport pourrait-il aider les gens de bonne volonté à se coordonner, à intégrer leurs actions pour offrir aux personnes âgées un milieu idéal?

M. Miller : Ce sont là des propos intéressants. Vous le disiez, nous vivons dans un monde complexe. Il y a notamment le problème des normes. Le gouvernement fédéral, par exemple, par l'intermédiaire de son ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, de la SCHL ou de bien d'autres de ses ministères, pourrait adopter les principes de la conception inclusive ou universelle, qui était pionnière dans l'élimination des obstacles pour les personnes handicapées. Cette conception peut ensuite être intégrée à la conception de tous les programmes.

Une anecdote l'illustre bien : quand Mike Harcourt était maire de Vancouver, une personne en fauteuil roulant l'a mis au défi de quitter l'hôtel de ville et de le rencontrer au café White Spot, tout proche. M. Harcourt a essayé de le rencontrer, mais il n'y est pas arrivé, parce que le café n'était pas accessible aux personnes handicapées. Il a fait quelque chose qui a amorcé une réaction en chaîne. Il a demandé à son service des Travaux publics de modifier les normes pour y intégrer les bateaux de trottoirs. Le milieu de l'ingénierie a repris cette idée et dans le temps de le dire, on en voyait partout en Amérique du Nord. Aujourd'hui, les trottoirs sont toujours construits avec un bateau.

Ces petites normes ont commencé une réaction en chaîne pour éliminer les obstacles pour les personnes handicapées. On pourrait appliquer le principe à des obstacles non matériels. Ainsi, lorsqu'un gouvernement conçoit un programme et songe à l'associer étroitement à des sites Web, on tombe dans le problème de l'alphabétisation et de l'accès des citoyens à Internet. Le gouvernement doit une vision plus large et comprendre qu'il ne faut pas que toutes les ressources soient consacrées à l'information axée sur Internet; il faut penser à ceux qui n'y ont pas accès.

Un gérontologue de Birmingham, en Angleterre, a dit que lorsqu'on conçoit des choses pour les jeunes, on en exclut les personnes âgées, mais que si l'on conçoit en fonction des personnes âgées, tout le monde est inclus. Il faut penser généralement de manière inclusive. Nous ne pouvons nous permettre de penser seulement aux personnes âgées, il faut penser à tout le monde.

Au sujet du logement, le gouvernement britannique s'est fixé un objectif ambitieux, soit de demander aux constructeurs de logement du secteur privé d'intégrer aux constructions des suppléments qu'on ne trouve actuellement que dans les projets destinés aux personnes âgées. Ainsi, ils ne construiront plus seulement pour une étape de la vie. Quand cela se verra à l'échelle de toute la communauté, les résultats seront marquants, et cela pourrait être très positif.

Ms. Gallagher: I have done some work with Dr. Nancy Edwards at the University of Ottawa, and we have looked at a variety of factors that influence falls and injuries among the elderly. It is one window into the world of design. It is unique, but it can highlight many of the issues.

One issue we uncovered was the current design of stairs: the standards do not require that there is a minimum rise of seven inches and a maximum depth of 11 inches. That 7/11 concept has been shown to be highly effective in providing a much safer stair for older people than many fewer people will fall on.

However, when we tried to introduce this concept as a standard in Ontario when the building code was open for review, which is only once every five years, there was huge opposition from the building industry. In fact, they defeated it, because they said that in order to meet that standard they would have to increase the incline of the stairs and cut off three or four feet of floor space on the next floor up, because the stairs would go up at a different angle. They argued that it would cost too much if in every building they built they had to lop off three to four feet of space for every single floor. They said that they could not possibly do that and remain profitable.

Therefore, it was squelched, which goes to show there are competing interests here. It is not just politicians. Where there is good evidence and good initiatives taking place, there are other issues and other people's interests that have to be taken into account. It is a values thing and an economic issue. We have to find a way of making these things work so that these kinds of barriers do not cut us off at the pass in terms of having good design.

A group of 41 communities in Northern British Columbia have come together and decided to adopt the concept of visitability, which is an interesting concept. It dictates that you must be able to have anyone with any disability visit your home for a period of three to four hours with no problem. That means there should be a washroom on the ground level, the front entranceway cannot have stairs and the doors should be wide enough to accommodate a wheelchair. That is it — three concepts. Therefore, all new housing in those 41 communities will be required to have visitability standards right at the beginning of construction in order that anyone with any disability could comfortably go to any home for a visit.

That is a simple notion, but it could be powerful in beginning at least to address the idea that your home should be a home that someone else could visit or live in. It is a good concept — one that is viable and will not break the bank — as a starting point for thinking about these things.

I, too, like the idea of universal design. If we could convince the country to go that route, like Japan has, it would be phenomenal, but it might be a big step to start. Maybe we need to start with something manageable and doable from day one and move to a more comprehensive model as we show the success of something like that.

Mme Gallagher : J'ai travaillé avec la Dre Nancy Edwards, de l'Université d'Ottawa, à une étude sur les divers facteurs de risques de chutes et de blessures chez les personnes âgées. C'est une fenêtre sur le monde de la conception. C'est peut-être unique, mais ça met en lumière certains des problèmes.

Nous avons constaté une chose intéressante au sujet des escaliers : les normes n'exigent pas que la hauteur de la marche soit de sept pouces au minimum, avec une profondeur maximale de 11 pouces. Or, on a montré que cette proportion de 7/11 était très sécuritaire pour les personnes âgées, et permettait de réduire le nombre de chutes.

Pourtant, quand nous avons présenté ce concept pour qu'il devienne une norme en Ontario, au moment où on révisait le Code du bâtiment, comme on le fait seulement une fois tous les cinq ans, le secteur de la construction s'y est vivement opposé. D'ailleurs, notre proposition a été rejetée. Le secteur de la construction disait que pour satisfaire à cette norme, il faudrait augmenter la pente des escaliers et couper trois ou quatre pieds de superficie de plancher à l'étage supérieur, en raison du changement d'angle des escaliers. On prétendait que cela serait trop coûteux, si pour chaque immeuble construit, il fallait éliminer trois ou quatre pieds de superficie, à chaque étage. On estimait que c'était impossible, si le secteur voulait demeurer rentable.

Le concept a donc été rejeté, ce qui montre qu'il y a des intérêts divergents. Il n'y a pas que les politiciens qui soient en cause. Quand il y a des faits solides et de bonnes initiatives, d'autres enjeux surviennent et d'autres intérêts doivent être pris en compte. C'est une question de valeurs et d'économie. Il faut trouver un moyen de réaliser ces choses de sorte que ces obstacles ne nous nuisent pas quand il s'agit d'arriver à une bonne conception.

Un regroupement de 41 localités du nord de la Colombie-Britannique ont décidé d'adopter le concept de visitabilité, un concept assez intéressant. Il prévoit en effet qu'une personne handicapée devrait pouvoir vous rendre visite sans problème pendant trois ou quatre heures. Cela signifie qu'il doit y avoir des toilettes au rez-de-chaussée, qu'il ne doit pas y avoir d'escalier à l'entrée et que les portes doivent être suffisamment larges pour laisser passer un fauteuil roulant. C'est cela, il y a trois éléments au concept. Depuis, tout nouveau logement dans ces 41 collectivités devra respecter cette norme de visitabilité dès l'étape de la construction, afin qu'une personne handicapée puisse visiter ces logements, sans difficulté.

C'est une notion toute simple, mais qui pourrait nous aider grandement à faire adopter l'idée que quelqu'un d'autre devrait pouvoir vous visiter chez vous, ou y vivre. C'est un bon concept, viable et peu coûteux et un bon point de départ pour réfléchir à ces questions.

J'aime aussi l'idée de la conception universelle. Si on pouvait la faire adopter à l'échelle du pays, comme c'est le cas au Japon, ce serait fantastique, mais peut-être un peu ambitieux au départ. Il faut commencer par une idée plus facile à gérer, à réaliser, au départ, et passer ensuite à un modèle plus complet, une fois atteint un certain succès.

Mr. Scott: We are at an opportune time when green living and green housing is all of a sudden on the radar screen. We cannot afford to keep burning furnace oil and natural gas as though it will last forever. We have to find ways to make housing much more economical and efficient. At a time when we have economic factors and energy factors driving us to look at green housing, it is time to look at a whole lot of other factors.

I would like to mention two examples I have come across over the years that I think are worth examining. Whether we look at best practices on a national level, we need to be doing something in this area.

The first example was a British design competition about 15 years ago that came up with a novel idea when mortgage rates were climbing. Affordability for young people is still a major issue in the U.K. and really everywhere. The concept was modelled around essentially a duplex structure; one part of the unit was larger and one was smaller. The financing was done on a variable system, which would help the young couple — I know it is a stereotypical model — in their early years, maybe having some earning capacity. They start off contributing more towards the mortgage. They live in the small unit and rent the big unit out. They then want to start family and do not want to be required to have two incomes for a period. It allows their mortgage rate to drop for a period of time as their family grows. Then they move into the larger unit and rent out the smaller unit. Finally, they move back into the smaller unit, which again is all accessible, and they stay in the same neighbourhood. They have the equity growth of owning property, and they have the income from the larger unit for retirement. They have already paid off their mortgage by that point and so have an income for retirement.

The mortgage that they pay through the entire period varies with their needs, and through the entire period it is structured so that it will be paid off on time, but it is totally variable. The two units are adapted so that they can work at various stages. It was a very innovative idea that came out of a design competition for designers and architects.

The other model I think highly of is in Wolfville, Nova Scotia. It is a development called Tideways. It grew out of a group of seniors. Wolfville is an interesting community that has brought some innovations to the country. Smoking with children in the car was not on the national radar before a little town in Nova Scotia passed a bylaw that says you cannot smoke in a car if there is a child in the car. Every province then lined up and said that makes sense; we should recognize that children should not be exposed to second-hand smoke.

In Wolfville, a group got together in the 1970s and realized that they needed to do something about housing for themselves. It was driven from the standpoint of not wanting a model like condos in which people paid a lot of money and had a lot of equity tied up. It was based on a model of co-operative and non-profit housing.

M. Scott : Le moment serait bien choisi, juste au moment où on commence à penser vert pour la vie quotidienne et pour le logement. Nous ne pouvons nous permettre de continuer à brûler de l'huile de chauffage et du gaz naturel comme si ces ressources étaient durables. Il faut que le logement soit plus économique et plus efficient. À un moment où des facteurs économiques et des facteurs énergétiques nous forcent à envisager la construction verte pour les logements, il est temps également de songer à un ensemble d'autres facteurs.

Ces dernières années je suis tombé sur deux exemples qui méritent d'être examinés. Si nous nous penchons sur les pratiques exemplaires à l'échelle nationale, il faut faire quelque chose dans ce domaine.

Le premier est un concours d'architecture britannique il y a une quinzaine d'années qui a proposé une idée nouvelle à l'époque où les taux hypothécaires montaient. Au Royaume-Uni, les jeunes comme ailleurs n'ont pas beaucoup de moyens pour s'acheter une propriété. Il s'agissait essentiellement d'un duplex dont une unité était plus grande que l'autre. Le financement se faisait sur une base variable de manière à aider le jeune couple — je sais, c'est un stéréotype — dans les premières années, peut-être pour accroître sa capacité de gagner un revenu. Au début, le jeune couple contribue davantage à l'hypothèque. Il occupe la petite unité et loue la plus grande. Ensuite, le jeune couple veut commencer une famille et ne veut pas être obligé de gagner deux salaires pendant un certain temps. De cette manière, le taux d'hypothèque baisse le temps que la famille grandisse. Il déménage ensuite dans la grande unité et loue la plus petite. Enfin, il redéménage dans la petite, qui est entièrement accessible, tout en restant dans le même quartier. Il a acquis de l'avoir propre grâce à sa propriété et peut compter sur le revenu de location de la grande unité pendant la retraite. Il a déjà remboursé son prêt hypothécaire à ce moment-là et bénéficie d'un revenu de retraite.

L'hypothèque qu'il a payée pendant toute la durée varie en fonction de ses besoins et c'est structuré de telle sorte qu'elle sera remboursée à temps, mais c'est entièrement variable. Les deux unités sont adaptées de manière à ce qu'elles puissent servir à divers stades. C'était une idée très avant-gardiste découlant d'un concours d'architecture à l'intention des concepteurs et des architectes.

L'autre modèle pour lequel j'ai beaucoup d'admiration se trouve à Wolfville en Nouvelle-Écosse. C'est un ensemble domiciliaire appelé Tideways. Un groupe de personnes âgées en est à l'origine. Wolfville est une localité intéressante qui a donné des innovations au pays. L'usage du tabac en présence d'enfants dans la voiture n'était pas dans la conscience nationale avant qu'une petite ville de Nouvelle-Écosse adopte un règlement municipal qui l'interdise. Chaque province a ensuite emboîté le pas trouvant que c'était parfaitement sensé : les enfants ne doivent pas être exposés à la fumée secondaire.

À Wolfville, un groupe s'est constitué dans les années 1970, conscient qu'il fallait faire quelque chose au sujet du logement de ses membres. Il ne voulait pas de condominiums aux charges lourdes et qui immobilisait beaucoup de capital. Le modèle s'inspirait du logement coopératif à but non lucratif. Ça a bien

It has worked well. They bought a piece of land and hired an architect, and they have built three buildings on that piece of land. It is a beautiful setting with grounds. If you want to have a vegetable garden, you can. If you want to enjoy the grounds kept by others, you can. They are connected to the transit system. In most small communities, it is challenging to live without a vehicle, but this particular arrangement allows people to live without a vehicle and still access all the other services in their community.

The project was funded with CMHC funding, and that was the key that unlocked the door for them, that allowed them to build a building without any capital. They paid off one building and then started another, and now, 30 years later, they have three buildings. They are an example of what we can do.

The high end of the market, the condos, will always look after the high end. It is the rest of Canadians we have to be concerned about, those who for whatever reason are not in a position to be able to afford a condo. We need a variety of options. Mr. Miller mentioned Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods. If we can have green planning around lifetime options, we can build communities that work.

Mr. Paterson: I have one comment about facilities. When Wintario dollars flowed — I know this because I am an old-time hockey player — out in Woodstock and in Lambeth the community facility that is an ice rink also got a swimming pool, a seniors' centre and a library. Those are fabulous facilities, and the seniors are using them, using the exercise classes and equipment in the seniors' centre while the grandchildren are playing Timbits ice hockey.

My second comment is in response to Senator Keon's question about what he could say to cabinet members to influence them. We will have a lot of old people. Already we have had a crisis in the last month of older adults with chronic diseases taking up hospital beds. Other patients were out in the hall because there were no places in long-term care. The research shows a 50 per cent reduction in the risk of going into long-term care in those who are fit, just moderately fit. Average fitness gives a 50 per cent reduction in going into long-term care. That is because many people go into long-term care not because of cognitive dysfunction but rather because they cannot walk anymore.

We have three lady senators here. At age 74, you will live for another 15 years. Men are smart: they die. Of those 15 years, you can expect six in long-term care on average. When an older woman reaches age 85 she cannot get out of a chair without pushing up on the arm rests. She cannot stand up; the legs are not strong enough. If you see the birthday parties of people over 100 on TV, very seldom are they standing up or blowing out the candles. We lose function and end up in long-term care. We can avoid that with greater physical activity. That is what I would tell cabinet.

marché. Ces gens ont acheté un terrain et embauché un architecte et ont fait construire trois bâtiments. L'emplacement et l'aménagement sont magnifiques. Vous pouvez avoir votre potager, si vous le voulez. Vous pouvez aussi profiter des espaces verts entretenus par d'autres. C'est relié au réseau de transport en commun. Dans la plupart des petites localités, il est difficile de vivre sans véhicule, mais pour eux, c'est possible et ils continuent d'avoir accès aux autres services locaux.

Le projet a été financé par la SCHL et c'est ce qui leur a ouvert la porte : ils ont pu faire construire sans le moindre capital. Ils ont fini de payer un des bâtiments, puis en ont mis un autre en chantier. Aujourd'hui, 30 ans plus tard, ils en ont trois. Voilà un exemple de ce que l'on peut faire.

La tranche supérieure du marché, les condos, va toujours s'occuper de la tranche supérieure. Ce sont les autres Canadiens qui doivent nous préoccuper, ceux qui pour une raison ou pour une autre n'ont pas les moyens de s'offrir un condo. Il nous faut un éventail d'options. M. Miller a parlé de Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods. Si nous concevons des plans écologiques autour des options viagères, nous pouvons créer des communautés qui marchent.

M. Paterson : J'ai une observation au sujet des installations. Quand les fonds de Wintario coulaient à flots — je sais, parce que je fais partie d'un club d'anciens joueurs de hockey — à Woodstock et à Lambeth, le centre local regroupait une patinoire, une piscine, un centre du troisième âge et une bibliothèque. Les installations sont superbes et les personnes âgées s'en servent, suivent des cours de gymnastique et se servent du matériel tandis que leurs petits-enfants jouent dans la ligue de hockey des Timbits.

Ma deuxième observation fait suite à la question du sénateur Keon à propos de ce qu'il pourrait dire aux membres du cabinet pour les influencer. Nous allons avoir beaucoup de personnes âgées. Déjà, dans le mois qui vient de s'écouler, nous avons eu une crise au sujet de personnes âgées atteintes de maladies chroniques et qui occupent des lits d'hôpitaux. D'autres malades étaient dans le couloir parce qu'il n'y avait plus de place aux soins de longue durée. La recherche montre une réduction de 50 p. 100 du risque d'avoir besoin de soins de longue durée chez ceux qui sont modérément en forme. Une forme physique moyenne réduit de moitié les risques d'avoir besoin de soins de longue durée. C'est parce que beaucoup de gens se retrouvent aux soins de longue durée non pas à cause de dysfonctions cognitives, mais parce qu'ils ne peuvent plus marcher.

Nous avons trois sénatrices ici. À 74 ans, vous allez vivre encore 15 ans. Les hommes sont malins : ils meurent. Sur ces 15 ans, vous pouvez vous attendre en moyenne à en passer six aux soins de longue durée. Quand une femme atteint l'âge de 85 ans, elle ne peut pas sortir d'une chaise sans s'appuyer sur les accoudoirs. Elle ne peut pas se tenir debout : ses jambes ne sont pas assez fortes. Quand on voit des gens qui célèbrent leur 100^e anniversaire à la télé, il est très rare qu'on les voit debout ou en train de souffler des bougies. Nous perdons de la mobilité et finissons aux soins de longue durée. On peut éviter cela grâce à l'activité physique. C'est cela que je dirais au cabinet.

Mr. Witcher: I have a quick comment or perhaps a practical solution. The essence of the question is what can the federal government do. I was thinking about that and wondering about federal grants that could be made available to municipalities that would be interested in making their communities more age-friendly. With the right approach, that might catch on.

Ms. Gallagher: I might respond to that. The Union of British Columbia Municipalities, through a grant from the provincial government, has made a grant of \$5,000 available to any community that wants to assess itself as age-friendly to hold an initial meeting, a consultation. I and two colleagues have been funded by the government for three years as an implementation team for age-friendly communities. We will work with the community to assess their needs. An additional \$35,000 grant is available to any community that identifies a project, such as putting in more public seating, making more public washrooms available for older people or other small projects that they can undertake to begin the process of making their communities more age-friendly.

However, that is not enough. People in the government with whom I spoke said that it would be successful if the federal government could support this initiative and make it visible across the country. It probably would be done through transfer funds rather than a direct program. However, the money would have to be earmarked for that purpose to recognize its valuable contribution.

A great deal can be done at the municipal level. That is where local involvement is to be found on local issues. The issues are different across the country. One size does not fit all. It is impossible to establish standards that fit every single municipality in terms of what is needed to make it age-friendly. Solutions have to be locally designed.

We also have to find a way to ensure that seniors' voices will be heard in the long run. These cannot be one-off, one-shot things. Having active local advisory councils comprised of seniors is important in the long run to make progress sustainable. It allows their voice to be heard over time regarding the design and in decision making about where municipal dollars are directed and what public works are needed to make the community friendlier for them.

We need more than a one-off public campaign that is popular this year because the World Health Organization introduced it. We need to think about structural changes in society that guarantee that local engineers and communities making decisions about walks, parkways, sidewalk design and so on consult with seniors and other users of those facilities to ensure that they address their long-term needs.

Senator Cools: I thank the witnesses for their very sensitive and humane presentations. This is such important subject matter and of such enormity that I should also thank Senator Carstairs and Senator Keon for taking us into this important debate on this vital aspect of human activity — growing old.

M. Witcher : J'ai une courte observation ou peut-être une solution pratique. L'essence de la question est : qu'est-ce que le gouvernement fédéral peut faire. J'y ai pensé et je songeais à des subventions fédérales qui pourraient être versées aux municipalités désireuses de mieux s'adapter aux aînés. Si l'on s'y prend comme il faut, l'idée pourrait avoir du succès.

Mme Gallagher : J'aimerais intervenir sur ce point. L'Union des municipalités de la Colombie-Britannique, grâce à des subventions du gouvernement provincial, offre une subvention de 5 000 \$ à toute localité qui souhaite tenir une assemblée et des consultations afin d'évaluer si elle est adaptée aux aînés. Deux collègues et moi-même avons reçu du financement du gouvernement pendant trois ans à titre d'équipe de mise en œuvre à l'intention des localités adaptées aux aînés. Nous avons travaillé avec la communauté pour évaluer ses besoins. Une autre subvention de 35 000 \$ est offerte à toute localité qui élabore un projet, comme le fait d'installer plus de bancs publics, des toilettes à l'intention des personnes âgées ou de faire d'autres petits aménagements destinés à faciliter la vie des personnes âgées.

Mais ça ne suffit pas. Les gens à qui j'ai parlé au gouvernement provincial m'ont dit qu'il serait bon que le gouvernement fédéral appuie l'initiative et la fasse connaître au reste du pays. Cela se ferait sans doute au moyen d'un transfert de fonds plutôt que de programmes directs. Il faudrait toutefois que les sommes soient réservées exclusivement à cette fin pour mettre en évidence cette contribution précieuse.

On peut faire beaucoup de choses au niveau municipal. C'est là où l'on s'occupe des questions locales. Elles varient selon les régions du pays. Il n'y a pas de solution universelle. On ne peut pas établir de normes d'adaptation aux aînées qui conviennent à toutes les municipalités. Les solutions doivent être locales.

Il faut aussi trouver le moyen d'assurer que la voix des aînées sera entendue dans la durée. Ça ne peut pas être ponctuel et sans lendemain. Il est important d'avoir des conseils consultatifs locaux dynamiques composés d'aînés pour assurer la pérennité des progrès. Cela leur permet de se faire entendre quand il est question d'aménagements et quand il faut décider où affecter les budgets municipaux et quels travaux publics sont nécessaires pour rendre la communauté plus conviviale pour eux.

Il ne faut pas se contenter d'une campagne qui a du succès cette année parce que c'est l'Organisation mondiale de la Santé qu'il l'a lancée. Il faut songer à des changements structurels dans la société pour faire en sorte que les ingénieurs locaux et les localités prennent des décisions au sujet des promenades, des sentiers, des trottoirs et le reste et consultent les aînés et les autres qui se servent de ces aménagements pour s'assurer qu'ils répondent à leurs besoins à long terme.

Le sénateur Cools : Je remercie les témoins de leurs exposés remplis de sensibilité et de compassion. C'est un sujet si important et d'une telle ampleur que je dois aussi remercier la sénatrice Carstairs et le sénateur Keon de nous avoir emmenés dans ce débat important sur cet aspect essentiel de l'activité humaine : le vieillissement.

I want to put on record a request that I had made at the last meeting where we stumbled upon what you are calling inclusive universal design. At the last committee meeting, I raised the point that designers of homes and builders are responding to the needs unfolding before us, such as many couples wanting their master bedroom on the first floor. This seems to be a new trend I have been hearing. In addition, many families are now opting for the inclusion of a granny suite that can be used by their children in the interim.

I asked the witnesses whether they had any data or evidence that society was responding naturally to these pressing needs coming upon us. Essentially, they said they had no evidence, but they had no doubt it was happening. However, they could not measure it yet. I raised the possibility that we should bring witnesses before us who could help us with this subject matter. I would like to put that back on the table.

Planners, urban designers and developers may want to address this. It seems eminently sensible and natural. I frequently see houses for sale now advertising a granny suite. The house I live in has the master bedroom on the ground floor. It seems eminently sensible for people my age and older.

I wanted to piggyback on Senator Keon's questions. It would be insightful for us to look at planning and urban design. The witnesses have done us a great service today. If we were to bring forward recommendations around the concepts of home design, we might discover that a lot is already in motion and only needs some parliamentary support or political support.

Nowadays, many of these facilities are simply there. We do not even think about them. There are wheelchair access and ramps. I have not been to a house for years that does not have a washroom on the first floor. However, it was revolutionary some years ago.

The Chair: We had CMHC before us and they gave us some information. Much of the building in this country is done with CMHC mortgages. They establish certain design criteria that can make a significant difference.

Senator Cools: I was thinking of builders such as Tamarack Homes and some of these individuals. A characteristic of many developers is that they are often looking to the future. Their business is making money and they often can lead the market.

Mr. Paterson, you are in the world of movement. You say kinesiology.

Mr. Paterson: Yes.

Senator Cools: The other word is movement — movement of the body. Motion is a wonderful science. The opposite of motion, after all, is inertia — stillness or the lack of life. I want to thank you for putting that language on the record today.

Je veux rappeler publiquement une demande que j'ai faite lors de la dernière réunion quand nous sommes tombés par hasard sur ce que vous avez appelé la conception universelle. La dernière fois, j'ai signalé que les architectes et les constructeurs d'habitation sont prêts à répondre aux besoins qui se font jour, par exemple, le fait que beaucoup de couples veulent que la chambre à coucher principale soit au rez-de-chaussée. C'est une nouvelle tendance que je constate. De plus, beaucoup de familles veulent maintenant un appartement accessoire que peuvent occuper leurs enfants en attendant.

J'ai demandé aux témoins s'ils avaient des données ou des éléments qui montraient que la société répondait à ces nouveaux besoins. Ils ont dit ne pas en avoir, mais ils étaient certains que cela se faisait. Ils ne pouvaient pas encore le mesurer. Ils ont dit que nous devrions faire venir des témoins qui pourraient nous aider à étudier cette question. J'aimerais remettre cette question sur le tapis.

Les créateurs, les urbanistes et les promoteurs immobiliers voudront peut-être en parler. Ça me semble parfaitement raisonnable et naturel. Dans les annonces de maisons à vendre, je vois souvent maintenant qu'il y a un appartement accessoire. Dans la maison où j'habite, la chambre principale se trouve au rez-de-chaussée. Ça me semble éminemment censé pour les gens de mon âge et plus âgés.

Je veux faire suite aux questions du sénateur Keon. Il serait instructif pour nous d'étudier la planification et la conception urbaines. Les témoins d'aujourd'hui nous ont rendu un grand service. Si nous devons faire des recommandations au sujet de l'aménagement domiciliaire, nous apprendrions peut-être que beaucoup de choses sont déjà en branle et qu'il ne manque qu'un appui parlementaire ou politique.

Beaucoup de ces installations existent déjà désormais. Nous n'en sommes même pas conscients. Il y a des rampes d'accès pour fauteuil roulant. Depuis des années, dans les maisons où je suis allée, la salle de bain est au rez-de-chaussée. Il y a quelques années, c'était révolutionnaire.

La présidente : La SCHL a comparu devant nous et nous a donné de l'information. Une grande partie des habitations du pays sont financées par les prêts hypothécaires de la SCHL. Elle fixe certains critères qui peuvent être déterminants.

Le sénateur Cools : Je pensais à un constructeur comme Tamarack Homes et d'autres. Beaucoup de promoteurs sont tournés vers l'avenir. Leur vocation est de gagner de l'argent et souvent ce sont eux qui sont à la tête du marché.

Monsieur Paterson, vous êtes dans le monde du mouvement. Vous avez dit kinésologie.

M. Paterson : Oui.

Le sénateur Cools : L'autre mot, c'est mouvement : le mouvement du corps. La science du mouvement est merveilleuse. Le contraire du mouvement, après tout, c'est l'inertie — l'immobilité ou l'absence de vie. Je vous remercie d'avoir fait figurer ces mots dans le compte rendu d'aujourd'hui.

You are all saying that as we go into the future, we must approach life with considerably more sensitivity to human needs and humans' lack of understanding of their own needs. It is difficult for a 20-year-old to envisage that he or she will be 60 years old or even 40 years old. You are raising a deep and profound question: How do we assist and support human beings to look into the future, to perceive, identify and discern their own interests in only a few years? It is a profound issue.

I believe people will age as they have lived. People like me who grow up with a lot of exercise and being an early riser will continue to get exercise and be early risers. The real question is how this committee can move forward the notion that we must move in a direction of human beings understanding their own nature and essence where aging is a natural part of life. If you were in the business of athletics, you would know that an athlete is old at age 25. From a public policy point of view, how can we introduce this concept into public policy-making, and how can we perhaps influence the relevant ministries and so on to take this approach?

A few days ago, a dear and great physician said to me, "The only way I can answer your question, senator, is to say that I was too soon old and too late smart." There is a philosophical, spiritual dynamic and dimension to this matter, which we have been called upon to challenge.

Mr. Paterson: It is never too late to start. Although I continue to play hockey because I did those things when I was young, at the centre we have been pretty effective in getting non-athletes into our programs.

The first program we ever ran 20 years ago was called Retirement Research. It was just for men and it was at the year of retirement. They were randomly put into a control group or an exercise group. From talking to those men, I know that many of them did not want to be in the exercise group. They envisaged army training. They said, "I hope I do not end up in that exercise group with the military counts." Once they got into the program, they loved it. After the program was done, the control group wanted to be in the exercise program. The research study was over, but 19 years later, the group is still going on. The university allows them to use the track and the hockey facility for their exercise. There were people who did not want to exercise. Now, 20 years later, the club is still going and has nothing to do with the researchers any more.

If our methods are strong, once older people realize that it is not too late to start and once they are in, they will love it. Part of it is the social experience, as other people have talked about. We cannot kick those people out of the centre. We wanted to bring people in, teach them how to become involved, to be exercise fanatics, and then send them off into the community somewhere. However, they will have none of that. They keep coming back to the centre because that is where their social group is. They go to

Vous avez tous dit que dorénavant, nous devons aborder la vie avec beaucoup plus de sensibilité à l'égard des besoins des humains et du manque de compréhension des humains vis-à-vis de leurs propres besoins. Il est difficile pour quelqu'un qui a 20 ans de s'imaginer à 60 ans ou même à 40 ans. Vous posez une question importante et profonde : comment aide-t-on l'être humain à s'imaginer et se projeter dans l'avenir et à deviner ce que seront ses besoins dans quelques années à peine? C'est une question profonde.

Je pense que les gens vont vieillir comme ils ont vécu. Ceux qui comme moi font beaucoup d'exercice et se lèvent tôt continueront à se lever tôt et à faire de l'exercice. La vraie question est de savoir comment le comité peut faire avancer l'idée que nous devons faire en sorte que les êtres humains comprennent leur propre nature et leur essence et que le vieillissement est une partie naturelle de la vie. Si vous étiez dans le domaine du sport, vous sauriez qu'un sportif est vieux dès l'âge de 25 ans. Du point de vue des politiques gouvernementales, comment peut-on introduire ce concept dans l'élaboration des politiques et comment pouvons-nous peut-être influencer les ministères compétents de manière à ce qu'ils épousent cette formule?

Il y a quelques jours, un merveilleux médecin pour qui j'ai de l'affection m'a dit : « La seule façon dont je peux répondre à votre question, sénateur, c'est de dire que je suis devenu vieux trop tôt et intelligent trop tard. » Il y a dans cette question une dimension et une dynamique philosophique et spirituelle que nous sommes appelés à contester.

M. Paterson : Il n'est jamais trop tard pour commencer. Même si je continue à jouer au hockey parce que je le faisais quand j'étais jeune, au centre nous avons fort bien réussi à incorporer des non-sportifs à nos programmes.

Le premier programme que nous avons offert il y a 20 ans s'appelait « Retirement Research ». Il était réservé exclusivement aux hommes et se donnait dans l'année où ils allaient prendre leur retraite. On les mettait au hasard dans un groupe de contrôle ou un groupe d'exercice. Pour avoir parlé à ces hommes, je sais que beaucoup d'entre eux ne voulaient pas faire partie du groupe d'exercice. Ils imaginaient de l'entraînement militaire. Ils ont dit : « J'espère que je ne me retrouverai pas dans ce groupe d'exercice où l'on compte comme à l'armée. » Une fois dans le programme, ils ont adoré cela. À la fin du programme, le groupe de contrôle voulait faire partie du programme d'exercice. L'étude était terminée, mais 19 ans plus tard le groupe existe toujours. L'université leur permet de faire leurs exercices sur la piste et sur la patinoire. Il y en a qui ne voulaient pas faire de l'exercice. Aujourd'hui, 20 ans plus tard, le club est toujours actif et n'a plus rien à voir avec les chercheurs.

Si nos méthodes sont fortes, une fois que les personnes âgées se sont rendu compte qu'il n'est pas trop tard pour commencer et une fois qu'elles en font partie, elles vont adorer cela. Il y a d'abord le contact social, comme d'autres l'ont dit. On ne peut pas expulser ces gens du centre. Nous voulions faire venir les gens, leur montrer comment participer, les transformer en accros de l'exercice, puis les renvoyer dans leur milieu. Mais ils refusent tout net. Ils reviennent sans cesse au centre parce que c'est là que se

Blue Jays baseball games and have wine-and-cheese gatherings. It is remarkable to see people who used to do only one thing a day now doing many things. If they had a wine and cheese at night, they would rest up all day. Now, they come to the exercise class in the morning, go to the afternoon Blue Jays game and return to London in time for the wine and cheese at night. It is invigorating.

Senator Cools: One the challenges before us is to endeavour to interest public policy in the direction of supporting active motion as a part of life.

For example, a member of Parliament was greatly devoted to the notion of amateur sports. According to him, supporting amateur sports would be the healthiest thing for the country. He said that amateur sports attract a lot of volunteers, and in addition to supporting the amateur athletes, the volunteers themselves will become physically active. According to him, the greatest investment that government could ever make in the health of the community would be to give more support to amateur sports.

Would something like that feature in your thinking?

Mr. Paterson: I had not thought of it. It sounds look a good idea. Another promotion I remember is Roland Michener. I am old enough to remember reading in the newspaper about his running. If we can get Senator Carstairs in the newspaper going for a run, we would pretty well have it beat.

Senator Cools: Perhaps a bike ride would be better.

Ms. Gallagher: Different target approaches for different audiences are called for. There will not be one size for all.

One example is a program we developed called SAIL, Seniors Active in Independent Living, for which I nominated my colleague, Dr. Vicky Scott, for a CIHR Knowledge Translation Award this year and she was the recipient. Through this program, we worked with home support workers, the people who go in and give bed baths to people receiving home care services. The home support workers would do an assessment of people's fall risk and, through that, introduce some interventions. One intervention is a simple in-home exercise program the home support worker would do for 10 minutes with the care recipient in the home.

These home support workers are an army of the most underutilized health care workers in our country. They are given little to no training for their jobs, they are paid at the very bottom of the pay scale, and they are given no respect for picking up early signs of dementia, frailty and other issues. With a little bit of extra training, they could do a great deal.

With this program, for example, they were able to identify fall risk to the points where, in our first study, we had a 44 per cent reduction of falls among people who had received the services of these trained workers of this program. The workers do 10 minutes of physical exercise on each visit. It took 10 minutes extra time. None of the home support agencies had any economic concerns

trouve leur réseau de connaissance. Ils vont voir des matches des Blue Jays et organisent des vins et fromage. Il est remarquable de voir des gens qui, avant, ne faisaient qu'une seule chose par jour et qui aujourd'hui en font plusieurs. S'ils avaient un vin et fromage dans leur soirée, ils se reposaient tout le reste de la journée. Aujourd'hui, ils viennent faire leurs exercices le matin, vont assister au match des Blue Jays dans l'après-midi et reviennent à London à temps pour le vin et fromage en soirée. C'est revigorant.

Le sénateur Cools : L'un des défis auxquels nous devons faire face consiste à orienter les politiques publiques afin de favoriser l'activité physique comme mode de vie.

Par exemple, un député tenait beaucoup à la notion de sport amateur. Selon lui, appuyer les sports amateurs serait la meilleure chose pour le pays. Il a dit que les sports amateurs attirent de nombreux bénévoles qui, en plus d'appuyer les athlètes amateurs, deviendront eux-mêmes actifs physiquement. Selon lui, le meilleur investissement que le gouvernement pouvait consacrer à la santé de la collectivité consisterait à donner davantage pour appuyer les sports amateurs.

Une telle idée s'inscrit-elle dans vos réflexions?

M. Paterson : Je n'y avais pas pensé. Ça semble être une bonne idée. Je me souviens aussi de Roland Michener. Je suis assez vieux pour me souvenir d'avoir lu quelque chose au sujet de sa course dans le journal. Si le sénateur Carstairs pouvait passer dans les journaux en raison d'une course, nous aurions probablement gain de cause.

Le sénateur Cools : Une balade en vélo serait peut-être mieux.

Mme Gallagher : Il faut différentes approches ciblées pour les différents publics. On ne peut pas adopter une seule approche.

Par exemple, nous avons créé un programme appelé SAIL, ou « Seniors Active in Independent Living », pour lequel j'ai proposé la candidature de ma collègue, le Dr Vicky Scott, pour le Prix de l'application des connaissances des IRSC, qu'elle a obtenue cette année. Grâce à ce programme, nous avons travaillé avec des aides de maintien à domicile, soit ceux qui se rendent sur place et aident les bénéficiaires de service de soins à domicile à se laver. Les aides de maintien à domicile réalisent une évaluation des risques de chute et, grâce à cela, procèdent à des interventions. Il peut s'agir, par exemple d'un programme simple d'exercice à la maison que le travailleur fait pendant dix minutes avec le bénéficiaire des soins à domicile.

Ces aides de maintien à domicile sont parmi les travailleurs des soins de santé les plus sous-utilisés au pays. Ils reçoivent peu ou pas de formation, leur salaire se situe tout au bas de l'échelle et on ne reconnaît pas leurs efforts lorsqu'ils détectent des signes précoces de démence, de fragilité et d'autres problèmes. Ils pourraient faire beaucoup, avec un peu plus de formation.

Par exemple, grâce au programme, ils ont été en mesure d'identifier les risques de chute au point où, dans notre première étude, nous avons vu une réduction de 44 p. 100 des chutes parmi les gens qui avaient reçu des services de ces travailleurs qualifiés, dans le cadre du programme. Les aides font dix minutes d'exercice physique lors de chaque visite. Cela prenait dix minutes de plus.

about the extra time at all. They said it proved to be well worth it. It gave the workers the knowledge, training and information they needed to work with one of the highest risk and most difficult populations that we have. People loved the program.

A number of the clients were able to move beyond that and then get involved in an exercise group in their building, for example, if such a thing existed in the building where they lived. Some decided that they wanted to go out to a neighbourhood recreation centre and take part in a fitness program. However, the start was getting the home support worker to spend 10 minutes each visit doing basic flexibility, strength training and mobility exercises. It proved to be very successful.

Every health authority in B.C. is now adopting this program and introducing it to their home support workers. However, it is also a great idea that nationally could make a difference for that population of people.

You need different approaches for different groups. A massive public education campaign that says "Go to the gym" will not work for frail, elderly people living at home getting home care service. Also, the approach I mentioned will not work for people who are very active and involved in the community. Therefore, the approaches need to be tailor-made to address the actual conditions of the people whom you are trying to target.

Senator Cools: It would be nice if we could assist to develop an attitude within the school system that mobility and movement are desirable and should be actively supported across the board.

Ms. Gallagher: I agree. There are two good times to start exercising: one is when you are young and the other is today.

Senator Cools: That is very good. You remind me of the gentleman who once said, "What is the problem? Giving up smoking is easy. I do it every day."

Is there anything else on that concept of motion as becoming a part of daily living?

Mr. Scott: You really touched on some key concepts of how we think about motion and how we think about preparing so that we do not become frail elderly before our time. In chatting before, Mr. Witcher mentioned that the research population he was studying was a population with a very active rural lifestyle in which exercise was what you got from doing your day's work; by the time you sat down at the end of the day, you had achieved your activity from natural exercise.

We are becoming a more sedentary society. I think all of us spend more time in front of a computer than we need to. I know I do. It is part of our life and it allows us to communicate and do a number of things around information, but it is a sedentary lifestyle. We need to be more active.

Aucune des organisations de service de soutien à domicile ne se préoccupait des conséquences économiques du temps que cela prenait. Elles ont dit que cela valait la peine. Cela donnait aux aides les connaissances, la formation et les renseignements dont ils avaient besoin pour travailler avec l'une des populations les plus à risque et les plus difficiles que nous avons. Les gens adoraient le programme.

Un certain nombre de clients ont été en mesure d'aller plus loin et de participer à un groupe d'exercice dans leur immeuble, par exemple, si un tel groupe existait. Certains ont décidé de se rendre dans un centre de loisir du voisinage et de participer à un programme de conditionnement physique. Toutefois, pour commencer, il a fallu que les aides de maintien à domicile passent dix minutes à chaque visite pour faire des exercices de base de souplesse, d'entraînement musculaire et de mobilité. Cela s'est avéré très fructueux.

Aujourd'hui, tous les organismes de santé en Colombie-Britannique adoptent ce programme et le présentent à leurs aides de maintien à domicile. Toutefois, il s'agit aussi d'une excellente idée qui pourrait faire une grande différence à l'échelle nationale pour ce groupe de population.

Il faut adopter une approche différente pour chaque groupe. Une campagne publique massive qui dit « Allez au gym » ne fonctionnera pas pour les aînés dont la santé est fragile, qui vivent à la maison et qui reçoivent des services à domicile. En outre, l'approche dont j'ai parlé ne fonctionnera pas pour ceux qui sont très actifs et qui participent aux activités communautaires. Par conséquent, les approches doivent être adaptées à la situation réelle de ceux que vous tentez de cibler.

Le sénateur Cools : Il serait bien de pouvoir aider à susciter la perception, au sein du système scolaire, que la mobilité et l'activité sont positives et doivent être appuyées dans tous les domaines.

Mme Gallagher : Je suis d'accord. Il existe deux bons moments pour commencer à faire de l'exercice : quand on est jeune et aujourd'hui.

Le sénateur Cools : C'est très bien. Vous me rappelez l'homme qui a dit : « Où est le problème? Arrêter de fumer, c'est facile. Je le fais tous les jours. »

Y a-t-il autre chose à dire au sujet de ce concept que l'activité physique doit faire partie intégrante de la vie quotidienne?

M. Scott : Vous avez mentionné des concepts très importants sur la façon dont nous envisageons l'activité et dont nous nous préparons afin de ne pas devenir des aînés fragiles trop tôt. Dans une discussion précédente, M. Witcher a indiqué que la population qu'il étudiait avait un mode de vie rural très actif, dans le cadre duquel l'exercice se faisait pendant le travail quotidien; à la fin de la journée, les gens avaient terminé leurs activités grâce à cet exercice naturel.

La société devient de plus en plus sédentaire. Je pense que nous passons plus de temps devant l'ordinateur que nécessaire. C'est mon cas, du moins. Cela fait partie de notre vie et nous permet de communiquer, entre autres, mais il s'agit d'un mode de vie sédentaire. Nous devons être plus actifs.

What stood out in your report that we have not touched on much today was the benefit of mental health of exercise. We should not diminish that. The science is there. Many studies have shown that an hour of activity is as good as medication for some patients, particularly for depression. Definitely, there is a tie between active living and healthy living. The social component we have touched on. Again, we have seen the natural exercise thing, where you encounter people in the run of a day, particularly if you live in a household in which there are a number of generations and many people.

Social isolation is a reality of our environment. Active living and active learning do in fact promote more social contact and they do reduce isolation. Your report mentions that very well, and it is important.

How do we ensure that exercise does not become a detriment? We have all heard of people who have worn out joints by over-exercising and overtraining.

Senator Cools: That is me.

Mr. Scott: There is a whole field now of low impact activities, such as aquasize, exercising in a pool, that type of thing. Much has been done that shows that we can in fact prevent the frail elderly stage. We can enhance things that reduce isolation. Those do have beneficial effects, both physically and mentally.

Senator Cools: Madam Chair, perhaps we could strengthen the relevant areas.

The Chair: We will get into a discussion of that later.

Senator Chaput: My question is very brief and it relates to questions asked in regard to volunteers. Ms. MacKenzie, if I heard right, you said that a majority of seniors who volunteer are from the middle income, and that lower-income seniors do not seem to volunteer as much. Has this been studied?

Ms. MacKenzie: I did not say that with particular reference to the senior cohort, but generally speaking the makeup of volunteers is from higher incomes and they are university educated.

Senator Chaput: That is for volunteers but not necessarily seniors?

Ms. MacKenzie: Yes.

Senator Chaput: You would not say that that is the case among seniors?

Ms. MacKenzie: That is right.

Senator Chaput: When you talked about volunteers and their needs, you did mention the importance of having coordinators.

Ms. MacKenzie: Yes.

Senator Chaput: Could you speak more about that?

Les avantages de l'exercice du point de vue de la santé mentale étaient mentionnés dans votre rapport, mais nous n'en avons pas beaucoup parlé aujourd'hui. Il ne faut pas faire fi de ce concept. Les données scientifiques existent. De nombreuses études ont prouvé qu'une heure d'activité physique fonctionne aussi bien que des médicaments pour certains patients, en particulier ceux qui souffrent de dépression. Il y a donc définitivement un lien entre une vie active et une vie saine. Nous avons parlé de la composante sociale. Ici aussi, nous avons vu l'exercice naturel, lorsque nous rencontrons des gens pendant la journée, en particulier lorsqu'on vit dans un foyer où il y a de nombreuses personnes représentant plusieurs générations.

L'isolement social est une réalité dans notre environnement. La vie et l'apprentissage actifs favorisent un plus grand nombre de contacts sociaux et réduisent l'isolement. Votre rapport en fait clairement mention, ce qui est important.

Comment pouvons-nous veiller à ce que l'exercice ne devienne pas un handicap? Nous avons tous entendu parler de ceux qui ont les articulations abîmées à force de trop s'entraîner et de faire trop d'exercice.

Le sénateur Cools : C'est mon cas.

M. Scott : Il existe maintenant toute une série d'activités à faible impact, comme l'aquaforme, les exercices en piscine, ce genre de chose. De nombreux éléments prouvent qu'il est en fait possible de prévenir la fragilité chez les aînés. Nous pouvons favoriser les éléments qui réduisent l'isolement. Cela a des effets bénéfiques, tant du point de vue physique que mental.

Le sénateur Cools : Madame la présidente, peut-être pourrions-nous renforcer les domaines pertinents.

La présidente : Nous en discuterons plus tard.

Le sénateur Chaput : Ma question est très brève et porte sur les bénévoles. Madame MacKenzie, je crois vous avoir entendu dire que la majorité des aînés qui se portent bénévoles ont un revenu moyen et que les aînés qui ont un faible revenu ne semblent pas se porter bénévoles autant. Y a-t-il eu des études à ce sujet?

Mme MacKenzie : Je ne parlais pas particulièrement des aînés, mais, en général, de la population de bénévoles, dont les revenus sont plus élevés et qui ont une formation universitaire.

Le sénateur Chaput : Vous parlez des bénévoles, pas nécessairement des aînés?

Mme MacKenzie : Oui.

Le sénateur Chaput : Vous ne dites pas que c'est le cas parmi les aînés?

Mme MacKenzie : C'est exact.

Le sénateur Chaput : Lorsque vous avez parlé des bénévoles et de leurs besoins, vous avez parlé de l'importance des coordonnateurs.

Mme MacKenzie : Oui.

Le sénateur Chaput : Pourriez-vous en parler un peu plus?

Ms. MacKenzie: A manager of volunteers is a particularly important member of a staff team in any organization or a responsibility in any organization that does not have staff. Volunteers need to be well managed. Volunteer positions need to be crafted in such a way that they make a meaningful contribution to the mission of an organization. Attachment to a particular cause was mentioned earlier, and that is particularly true for why people come to volunteering. It is important that volunteers have an opportunity to contribute their skills in a way that directly contributes to the cause. To design volunteer positions that are connected to the cause of an organization is important.

Increasingly, people are busy. They want to know that when they donate their time to an organization, their time will be well utilized. They need to be recognized. It is National Volunteer Week. It is a critical time to thank volunteers for their contribution. Someone within an organization who understands the psychosocial elements of why people volunteer and what they want to get out of volunteering is critically important, and it is often a skill set that is undervalued in an organization, in the same way as general infrastructure and support for volunteerism in organizations generally are. It is a critical component in any organization.

Senator Chaput: How do you see it being put into place, if it is a critical component? Do you have ideas about the best way to do it?

Ms. MacKenzie: There is a recognized profession of volunteer management. Again, continuing to recognize the importance of that leadership with respect to volunteerism as a construct or component of an organization is critical. Understanding that while volunteering is intrinsic to who we are, in many cases it requires thinking and fostering. One main reason people do not contribute their time as volunteers is that no one has ever asked them. People need to have the awareness that volunteering is critically important and requires knowledge, analysis, research, understanding, tools and resources, to maximize volunteer recruitment but also maximize the contribution that volunteers are able to make.

Senator Chaput: That leads me to a program that was put in place a few years back. I do not remember the name of it, but it had to do with training volunteers. One of our Senate committees met with seniors in Prince Edward Island. It was not in regard to seniors' issues, but there were seniors present. They were talking about the component of training volunteers. Three senior ladies were saying, "We do not need to come to this session and be told what it is to be volunteering. We want to do something." We have heard that in other places also. They want to do something that means something to them, but then that has to be coordinated so that it answers their needs.

Ms. MacKenzie: That is true. Increasingly, though, volunteer jobs do require certain skills. Volunteer agencies are out looking for people with specific skill sets to complete specific tasks or they

Mme MacKenzie : Il est particulièrement important d'avoir un gestionnaire des bénévoles parmi le personnel d'une organisation ou comme responsabilité dans une organisation qui n'a pas de personnel. Il faut que les bénévoles soient bien gérés. Les postes des bénévoles doivent être conçus de façon à apporter une contribution significative à la mission d'une organisation. On a parlé plus tôt du dévouement à une cause particulière, ce qui est vrai, en particulier, au sujet de la raison pour laquelle les gens se portent bénévoles. Il est important que les bénévoles puissent faire usage de leurs compétences de façon à contribuer directement à la cause. Il est important de concevoir des postes bénévoles qui sont liés à la raison d'être d'une organisation.

Les gens sont de plus en plus occupés. Ils veulent être certains que lorsqu'ils font don de leur temps à une organisation, celui-ci sera bien utilisé. Ils veulent être reconnus. C'est la semaine de l'action bénévole. Il s'agit du moment parfait pour remercier les bénévoles pour leur contribution. Il est essentiel, au sein d'une organisation, de se doter d'une personne qui comprend les éléments psychosociaux qui poussent les gens à se porter bénévoles et ce qu'ils souhaitent tirer de leur bénévolat; cette compétence est souvent sous-évaluée au sein d'une organisation, tout comme l'infrastructure générale et l'appui au bénévolat le sont généralement dans les organisations. Il s'agit d'une composante essentielle dans toute organisation.

Le sénateur Chaput : Selon vous, comment cette composante essentielle peut-elle être mise en place? Avez-vous des idées au sujet de la meilleure façon de procéder?

Mme MacKenzie : La gestion des bénévoles est une profession reconnue. Ici aussi, il est essentiel de continuer à reconnaître l'importance de ce leadership en ce qui a trait au bénévolat, comme une composante fondamentale d'une organisation. Il faut comprendre que même si le bénévolat est indissociable de qui nous sommes, dans bien des cas, il faut y penser et le cultiver. Souvent, les gens ne font pas don de leur temps, à titre de bénévole, parce que personne ne le leur a jamais demandé. Les gens doivent savoir que le bénévolat est essentiel et exige des connaissances, de l'analyse, de la recherche, de la compréhension, des outils et des ressources afin de maximiser le recrutement des bénévoles, mais également pour maximiser la contribution des bénévoles.

Le sénateur Chaput : Cela m'amène à vous parler d'un programme qui a été créé il y a quelques années. Je ne me souviens pas de son nom, mais il consistait à former des bénévoles. Un comité sénatorial a rencontré des aînés à l'Île-du-Prince-Édouard. L'idée n'était pas de discuter des problèmes touchant les aînés, mais il y avait des aînés dans la salle. Ils parlaient de la formation des bénévoles. Trois dames âgées disaient : « Nous n'avons pas besoin de venir ici et qu'on nous dise ce qu'est le bénévolat. Nous voulons faire quelque chose. » Nous avons entendu la même chose ailleurs. Ils veulent faire quelque chose de significatif à leurs yeux, mais il faut que ces efforts soient coordonnés afin que cela réponde à leurs besoins.

Mme MacKenzie : C'est vrai. De plus en plus, par contre, les postes volontaires exigent certaines compétences. Les organisations de bénévoles cherchent des gens qui ont des

recruit young people who want to gain specific skills through volunteer contributions. In that case, training is critically important.

Senator Chaput: Are they doing that for seniors also?

Ms. MacKenzie: Absolutely. This baby boomer generation is behind some of the early changes in volunteer involvement. We are increasingly seeing that people of that age group are more stretched for time: they want flexibility in the time in which they contribute their volunteer hours; they want to know they are coming in for a defined period of time; they want to do something very task-specific; and they want maximum impact for the contribution they make.

Senator Mercer: I want to follow up on the discussion of volunteers and how we develop them. One way to do that is what we do at the end of the process, how we thank them, how we recognize them, how we make sure their skills are utilized. People bring different skill sets to volunteer jobs, and we need to learn how to maximize those. You are absolutely right, Ms. MacKenzie, that we need to recognize the people who manage those aspects as well, because the stewardship of volunteers is an important part of the process.

One of the underlying points, as you know, is that volunteering has to be fun. It has to be enjoyable. You probably do not measure the number of volunteers involved in the political process. Every political party will tell you, if they are being honest, that there is a decline in the number of people volunteering in political parties. There is a greater reliance on professional people to do the politics. There are fewer people knocking on your door and more telemarketers calling you on the phone.

This issue involves the recognition and measurement of the time and the value. Volunteer Canada can really help us with that. I know that in my years with the Y, we always very carefully measured our volunteers' time and tried to put a value to it. It demonstrated to the professionals running the organization what it would mean to us if we had to replace that volunteer time with paid staff.

If we had to replace the volunteers by paid staff in every province or every community in the country, we would not get anything done. We would not be able to afford it; volunteers make this place work.

Ms. MacKenzie: That is absolutely true. One statistic that is front and centre in my mind, because I have done about four interviews this morning, is that volunteers are involved in the hundreds of thousands in our health charities and health care system. That volunteer work is valued at over \$20 billion, so you are absolutely correct: that cannot be replaced.

compétences précises pour réaliser des tâches précises, ou elles recrutent de jeunes gens qui veulent acquérir des compétences précises grâce à des contributions volontaires. Dans ce cas, la formation est extrêmement importante.

Le sénateur Chaput : Le font-ils également dans le cas des aînés?

Mme MacKenzie : Tout à fait. La génération des baby boomers a apporté une partie des premiers changements à la participation des bénévoles. De plus en plus, nous constatons que les gens qui font partie de ce groupe d'âges ont peu de temps à consacrer : ils veulent une plus grande souplesse pendant leurs heures de bénévolat, ils veulent savoir qu'ils viennent pour une période de temps définie, ils veulent faire quelque chose de très précis et ils veulent que leur contribution ait le plus d'impact possible.

Le sénateur Mercer : J'aimerais poursuivre la discussion sur les bénévoles et leur formation. Une façon d'y arriver est liée à ce que nous faisons à la fin du processus, à la façon dont nous les remercions, à la façon dont nous les reconnaissons, à la façon dont nous veillons à ce que leurs compétences soient mises à contribution. Les gens ont des compétences différentes à offrir dans le cadre de leur bénévolat, et il faut apprendre à les maximiser. Madame MacKenzie, vous avez tout à fait raison de dire que nous devons reconnaître les gens qui gèrent également ces aspects, parce que la coordination des bénévoles est une partie très importante du processus.

Comme vous le savez, il est absolument essentiel que le bénévolat soit amusant. Il faut que ce soit agréable. Vous ne comptez probablement pas le nombre de bénévoles qui participent au processus politique. S'ils sont honnêtes, tous les partis politiques vous diront que le nombre de personnes qui travaillent bénévolement pour les partis politiques diminue. En politique, on dépend de plus en plus des professionnels. Il y a moins de gens qui font du porte-à-porte et plus de gens des agences de télémarketing qui vous appellent.

Il s'agit d'une question liée à la reconnaissance et à la mesure du temps et de la valeur. Bénévoles Canada peut vraiment nous aider à cet égard. Je sais que pendant les années que j'ai passées au Y, nous mesurions toujours le temps de nos bénévoles de façon très minutieuse et nous tentions d'y attribuer une valeur. Ainsi, les professionnels qui dirigeaient l'organisation constataient ce que cela signifierait que de remplacer les bénévoles par du personnel rémunéré.

Si nous devons remplacer les bénévoles par des employés rémunérés dans chaque province ou chaque collectivité au pays, rien ne se ferait. Nous ne pourrions pas nous le permettre; les bénévoles font en sorte que tout fonctionne.

Mme MacKenzie : C'est tout à fait vrai. J'ai une statistique qui me revient sans cesse en tête, parce que j'ai réalisé quatre entrevues ce matin : des centaines de milliers de bénévoles travaillent dans nos organismes de bienfaisance dans le domaine de la santé et dans le système de santé. On estime que le travail bénévole a une valeur de plus de 20 milliards de dollars. Vous avez donc tout à fait raison : on ne peut pas le remplacer.

You speak of the democratic process. In any given federal election, there are approximately 40,000 individuals who are involved in supporting the candidates of their choice and in the democratic process in its broadest sense. That is critically important; and the need to have those kinds of measurements is critical. It speaks to funders, to government and to the value of our programs.

There is another layer too, though, that is critically important. I love to quote Albert Einstein when he said that not everything that counts can be counted and not everything that can be counted counts. I think if you are talking about the value of volunteers and ensuring a democratic process in this country, there is no dollar value attached to that. The difference between how an election plays out in Canada and how an election plays out in Zimbabwe, for instance, is about volunteers in many ways, and you cannot put a dollar value to that.

If you think about hospice work, what is the value in dollars and cents of holding the hand of a dying child? I think that is critically important; and I think Volunteer Canada is well positioned to play a leadership role in that. However, it is critically important, as well, to recognize that it is not just about the quantitative value — it is all about the qualitative value.

Those stories around what volunteerism means to our social fabric and to our quality and way of life should be valued to the same degree that the economic value of volunteering is. I would end with that.

Ms. Gallagher: We tend to think of either paid work or volunteer work as though they are two separate things entirely. Maybe there are some areas of blurring or overlap, and perhaps there would be some opportunities for attracting lower-income people or people who had economic hardships into the volunteer sector by offering them small stipends for some of the work they do. Maybe we could try some pilot projects and see. It is not either just paid work or volunteer work.

I know you have unions to deal with and the mentality of us thinking for years and years that volunteering is always free. However, maybe there is some room there. We do not have any problem using a sliding scale for assigning value to services that older people receive, so why could we not have some kind of a sliding scale for thinking about services that they offer to others?

I do not want to open a whole can of worms here, but maybe we need new thinking for the future if we want to engage people in this area of work that have not been engaged.

The Chair: I want to thank you all because you have all made a special contribution today. I will have to physically rethink my own allergy, given that I would like to be one of those who stay out of a long-term personal care home.

Vous avez parlé du processus démocratique. À chaque élection fédérale, environ 40 000 personnes participent et appuient le candidat de leur choix et participent au processus démocratique dans son sens le plus large. C'est absolument essentiel; il est également essentiel d'obtenir de telles mesures. Cette question est liée aux bailleurs de fonds, au gouvernement et à la valeur de nos programmes.

Il y a également un autre aspect qui est essentiel. J'adore reprendre ce qu'Albert Einstein a dit : ce qui compte ne peut pas toujours être compté et ce qui peut être compté ne compte pas forcément. Je pense que lorsqu'on parle de la valeur des bénévoles pour assurer le processus démocratique au pays, on ne peut pas vraiment attribuer une valeur monétaire à cela. Par exemple, la différence entre le déroulement d'une élection au Canada et au Zimbabwe est souvent liée aux bénévoles, et il est impossible d'attribuer une valeur monétaire à cela.

Si on pense au travail en centre de soins palliatifs, quelle est la valeur, en dollars, attachée au fait de tenir la main d'un enfant mourant? Je pense que c'est extrêmement important; et je pense que Bénévoles Canada est bien placé pour jouer un rôle de leadership dans ce domaine. Toutefois, il est aussi absolument nécessaire de reconnaître qu'il ne s'agit pas simplement de la valeur quantitative; il faut tenir compte avant tout de la valeur qualitative.

Ces histoires concernant la signification du bénévolat pour notre tissu social, notre qualité de vie et notre mode de vie devraient être évaluées au même titre que la valeur économique du bénévolat. Je vais m'en tenir à cela.

Mme Gallagher : Nous avons tendance à voir le travail rémunéré et le bénévolat comme deux choses entièrement distinctes. Il y a peut-être des domaines où les choses sont moins claires, où il y a des chevauchements, et il y aurait des occasions d'attirer des personnes à revenu plus faible ou des personnes qui ont éprouvé des difficultés économiques dans le secteur du bénévolat en leur offrant des petites allocations pour une partie de leur travail. Nous pourrions peut-être réaliser quelques projets pilotes et voir les résultats. Il ne s'agit pas simplement d'un choix entre l'un ou l'autre.

Je sais que vous devez composer avec des syndicats et une mentalité qui remonte à des lustres voulant que le bénévolat soit toujours gratuit. Mais il y a peut-être une certaine marge de manœuvre. Nous n'avons aucune difficulté à utiliser une échelle mobile pour déterminer la valeur des services que reçoivent les personnes âgées, alors pourquoi ne pas utiliser une échelle mobile quelconque pour déterminer la valeur des services qu'ils offrent aux autres?

Je ne veux pas ouvrir une boîte de Pandore aujourd'hui, mais nous avons peut-être besoin de voir les choses d'un œil différent pour l'avenir si nous voulons attirer de nouveaux bénévoles.

La présidente : Je tiens à vous remercier tous, parce que vous avez chacun et chacune apporté une contribution spéciale aujourd'hui. Il faudra que je repense ma propre allergie, étant donné que je ne veux pas me retrouver dans un de ces établissements de soins de longue durée.

In the messaging of inclusiveness and in terms of volunteerism, the message we heard is that you can be more cautious and more careful while still being active. I do not think those are opposite ends of the scale. I remember, with my father-in-law, suggesting that we really did have to take the throw rugs off the floor because he was not lifting his feet high enough. However, that did not mean I did not want him lifting his feet at all. The whole concept of urban design and the inclusive universal design was extremely important.

Your comment, Mr. Witcher, with respect to self-imposed aging is a very important comment that we need to hear. Obviously, as an educator, promoting education is extremely important to me, and to keep people learning their whole life is very important.

I do not think there is a politician here at the table who does not understand the value of volunteerism. As my campaign chair said, what other job do you get by having 500 to 1,000 people out helping you get it? That is what politics is all about. Having been elected on a number of occasions, I do understand the value of volunteerism.

Thank you all very much. It has been an extremely enjoyable panel and I hope you will see many of your ideas in our final report.

The committee continued in camera.

OTTAWA, Monday, May 5, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 12:32 p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Honourable senators, welcome to the meeting of Special Senate Committee on Aging. As you know, this committee is examining the implications of an aging society in Canada.

Today's meeting will focus on options raised in Chapter 6 of our interim report, *Issues and Options for an Aging Population*, which was tabled in the Senate on March 11. This chapter listed options regarding regional distribution of health costs associated with seniors.

To help us understand this complex topic, we have before us, once again, Mr. Marc Lee from the Canadian Centre for Policy Alternatives, Professor Joe Ruggeri from the University of New Brunswick and Professor Byron Spencer from McMaster University. Welcome to the Senate of Canada

I never trust technology and therefore, we will begin with Mr. Lee by videoconference, because we know we have him now. However, sometimes we lose our witnesses.

En ce qui concerne l'inclusivité et le bénévolat, ce que nous avons entendu, c'est qu'on peut être plus circonspect et faire plus attention tout en demeurant actif. Je ne crois pas qu'il s'agit de deux extrêmes. Je me souviens d'avoir suggéré, dans le cas de mon beau-père, qu'il fallait vraiment enlever les carpettes parce qu'il n'arrivait plus à soulever les pieds suffisamment. Mais cela ne voulait pas dire que je souhaitais qu'il ne lève plus du tout les pieds. Toute l'idée du design urbain et de conception universelle inclusive était extrêmement importante.

Ce que vous avez dit, monsieur Witcher, concernant le vieillissement qu'on s'impose nous-mêmes était des propos très importants qu'il fallait qu'on entende. C'est évident qu'en tant qu'enseignante, il est extrêmement important pour moi de promouvoir l'éducation, et l'apprentissage continu pendant toute la vie est très important.

Je ne crois pas qu'il y ait un seul politicien autour de la table qui ne comprenne pas la valeur du bénévolat. Comme le président de ma campagne électorale a dit, les députés sont les seuls qui peuvent décrocher un poste avec l'aide de 500 à 1 000 personnes. C'est la vraie nature de la politique. J'ai été élue plusieurs fois et je comprends la valeur du bénévolat.

Je vous remercie tous. Vous étiez un groupe très intéressant et j'espère que vous allez voir beaucoup de vos idées dans notre rapport final.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.

OTTAWA, le lundi 5 mai 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 12 h 32, pour examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Honorables sénateurs, je vous souhaite la bienvenue à cette réunion du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Comme vous le savez, ce comité a pour mandat d'examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne.

Notre rencontre d'aujourd'hui portera essentiellement sur les options proposées au chapitre 6 de notre rapport provisoire intitulé *Une population vieillissante : enjeux et options*, déposé au Sénat le 11 mars dernier. Ce chapitre présentait différentes options concernant la répartition régionale des coûts en soins de santé pour les aînés.

Pour nous aider à mieux comprendre ce sujet complexe, nous accueillons encore une fois M. Marc Lee, du Centre canadien de politiques alternatives; M. Joe Ruggeri, professeur à l'Université du Nouveau-Brunswick; et M. Byron Spencer, professeur à l'Université McMaster. Bienvenue au Sénat du Canada.

Comme je n'ai jamais fait confiance à la technologie, nous allons commencer avec M. Lee qui témoigne par vidéoconférence. Nous profitons du fait que tout fonctionne actuellement, car il arrive parfois que nous perdions le contact avec nos témoins.

Marc Lee, Senior Economist, Canadian Centre for Policy Alternatives: Thank you for the opportunity to appear before the committee again to make remarks on the draft interim report.

My overall comment based on reading the report is that the principle of adjusting health care transfers for differences in age structure is sensible. The provincial data shows that Alberta is the outlier with a much lower population share of seniors. Providing transfers on an equal per capita basis currently provides more than a fair share to Alberta. We can get into the details in the discussion period, however I believe there are a few complications that should be noted and contemplated for the final report.

First, the basket of health care services provided by the provinces is broader than physicians and hospitals, which are covered by and funded through the Canada Health Act. For seniors, the most important areas outside the act are long-term care, home care, home support, palliative care and pharmaceutical drugs. These are currently a patchwork across the country, largely depending on decisions made by provincial governments about the scope of coverage, copayments, et cetera.

In my research, I derive age-adjustment factors by looking at per capita spending by age group and then adjusting the age structure for historical data or future projections. I ask what the cost of health care would be if we had the age structure we had in 1975, 1990 or 2030.

One can also look at these by use of funds. I did not publish these data, but what you will find is that “hospitals” generally track the overall public aging index, but “physicians” is less. There is almost no aging impact at all from “other professionals,” which includes a range of other health care services. The biggest driver, from an aging perspective is “other institutions,” such as residential care.

What is important for this committee is that the largest driver from an aging perspective is the category of “other institutions” such as residential care and the others I mentioned. Looking at a population aging perspective over the recent past and into the near future, there is about a 1 per cent per year increase in the cost of providing the same level of health care services because of an aging population. For other institutions, it is almost 3 per cent per year.

It makes sense to consider the need for a more comprehensive, standardized set of health care services so that service levels are more consistent across the country. Such an approach would also

Marc Lee, économiste principal, Centre canadien de politiques alternatives : Merci de me donner l'occasion de comparaître à nouveau devant ce comité pour vous faire part de mes observations au sujet du rapport provisoire.

Après avoir pris connaissance de ce rapport, je peux dire d'une manière générale que j'estime valable le principe de l'ajustement des transferts pour les soins de santé en fonction des différences dans la structure des âges. Les données provinciales révèlent que l'Alberta se distingue par la proportion beaucoup moins élevée d'ainés qu'on retrouve dans sa population. Avec le régime actuel de transferts fondés sur le nombre d'habitants, l'Alberta obtient plus que sa juste part. Nous pourrions donner plus de détails dans la discussion qui suivra, mais j'estime qu'il y a certains éléments plus complexes qu'il convient de noter et d'envisager en prévision de votre rapport final.

Premièrement, l'éventail de services de soins de santé offerts par les provinces ne se limite pas aux médecins et aux hôpitaux, lesquels sont régis et financés en application de la Loi canadienne sur la santé. Pour les aînés, les aspects les plus importants par ailleurs sont les soins à long terme, les soins à domicile, le soutien à domicile, les soins palliatifs et les produits pharmaceutiques. On retrouve actuellement au pays une véritable mosaïque de services, surtout en raison des décisions prises par les gouvernements provinciaux concernant la portée de la couverture assurée, les quotes-parts et des éléments semblables.

Dans le cadre de mes recherches, j'ai obtenu un facteur d'ajustement en fonction de l'âge en examinant les dépenses par habitant pour chaque groupe d'âge et en ajustant en conséquence la structure des âges pour les données historiques ou les projections futures. Je me suis demandé à combien se chifferrait le coût des soins de santé avec la structure des âges que nous avions en 1975 ou en 1990, ou avec celle que nous aurons en 2030.

On peut toujours examiner la question dans la perspective de l'utilisation des fonds. Il s'agit de données que je n'ai pas publiées, mais vous constaterez que la rubrique « hôpitaux » reflète généralement l'indice global de vieillissement de la population, alors que les chiffres sont inférieurs pour l'entrée « médecins ». L'âge n'a pour ainsi dire aucune incidence quant à la catégorie « autres professionnels » qui englobe une vaste gamme de services de santé. Le principal déterminant, du point de vue du vieillissement, provient de la catégorie « autres établissements », qui comprend notamment les soins spéciaux pour bénéficiaires internes.

C'est surtout cette dernière catégorie qui est importante pour le comité aux fins de son examen du vieillissement. Si l'on considère le passé récent et l'avenir rapproché, il faut noter une hausse d'environ 1 p. 100 des coûts associés à la prestation de services de santé de même niveau en raison du vieillissement de la population. Pour la catégorie « autres établissements », cette augmentation atteint presque 3 p. 100 par année.

Il est tout à fait logique de se demander si l'on ne devrait pas mettre en place un ensemble de services de santé plus complet et mieux normalisé de sorte que toutes les régions du pays aient

take pressure off emergency wards by ensuring more and better care in the community. Only at that point would we want to adjust for age structure.

Second, the committee is missing an opportunity to press for cost containment in the expansion of health care services related to new technological development. These include health technology assessments, as pointed out by the Romanow report. At a time when innovations such as genetic screening and nanotechnology applications are anticipated, we need to know what works before rolling out and funding them.

The rapidly growing use of diagnostic technologies such as MRIs and PET scanners are a case in point. While there are benefits from advances in these technologies for certain patients with certain conditions, caution is required before widespread adoption. One example is the use of such technologies to screen healthy people when subsequent interventions may be costly but not necessary. Former Prime Minister Brian Mulroney is reported to have nearly died from complications arising from surgery the origin of which was a private scan that uncovered what ended up being benign nodules in his lungs.

Third, the committee should consider making recommendations around public sector cost controls for pharmaceutical drugs. Indeed, one way of fairly addressing the aging population with respect to drugs would be to upload the responsibility for drug coverage to the federal government, an ideal floated by B.C. Premier Campbell in 2004. This would have the added benefit of availing of federal control over patent legislation and drug approval, plus the gains to be had from bulk purchasing, generic substitution, compulsory licensing and reference-based pricing.

A fourth and final consideration for an age-adjusted transfer is the evidence around the cost of dying as opposed to the cost of aging. While seniors have higher per capita costs, the actual population impact is often overstated because the older you get, the more likely you are to be in the final year of life. That final year of life is the most costly in terms of public health care dollars spent. I cite a couple of papers in my study that find evidence that the cost of dying is unrelated to age.

I will leave it there. I look forward to hearing the other comments and engaging in discussion.

The Chair: Thank you for addressing the high cost of dying. As you may or may not know, palliative care is one of my focuses.

accès à des niveaux de soins équivalents. On pourrait, par le fait même, réduire la pression sur les salles d'urgence en offrant dans la communauté de meilleurs soins en plus grande quantité. Ce n'est qu'à ce moment-là qu'il conviendra de procéder à l'ajustement en fonction de la structure des âges.

Deuxièmement, le comité rate une belle occasion de préconiser une limitation des coûts associés à l'expansion des services de santé dans le contexte des nouvelles technologies. Comme le signalait le rapport Romanow, il faudrait notamment évaluer les technologies qui font leur apparition dans le secteur de la santé. Au moment où des innovations comme le dépistage génétique et les applications en nanotechnologie se pointent à l'horizon, nous devons savoir si ces technologies fonctionnent avant de les déployer et d'en assurer le financement.

Je peux vous donner l'exemple du recours de plus en plus soutenu aux technologies diagnostiques comme l'IRM et les tomographes. Ces avancées technologiques peuvent être bénéfiques pour certains patients souffrant de certaines maladies, mais la prudence est de rigueur avant leur adoption à grande échelle. Il arrive notamment que l'on se serve de ces technologies auprès de personnes en santé qui subissent par la suite des interventions coûteuses, mais pas toujours nécessaires. On signale à ce titre que l'ancien premier ministre Brian Mulroney a presque succombé aux complications d'une chirurgie faisant suite à un examen par tomographie effectué dans une clinique privée. On avait alors découvert sur ses poumons des nodules qui se sont révélés bénins par la suite.

Troisièmement, le comité devrait songer à formuler des recommandations concernant le contrôle des coûts des produits pharmaceutiques par le secteur public. On pourrait ainsi contribuer à contrer les effets du vieillissement de la population à ce chapitre en confiant au gouvernement fédéral la responsabilité de l'assurance-médicaments, une idée mise de l'avant par le premier ministre Campbell de la Colombie-Britannique en 2004. Cela aurait également comme avantage de permettre un contrôle fédéral sur la législation en matière de brevets et l'approbation des médicaments, sans compter les gains découlant de l'achat en vrac, du remplacement par des produits génériques, de l'homologation obligatoire et de l'établissement du coût en fonction du produit de référence.

La quatrième et dernière observation que je vais faire concernant un éventuel transfert ajusté en fonction de l'âge émane des données concernant le coût d'un décès, par opposition aux coûts du vieillissement. Bien que les coûts par habitant soient plus élevés pour les personnes âgées, l'incidence réelle est souvent surévaluée parce que plus une personne prend de l'âge, plus elle risque de se retrouver dans la dernière année de sa vie. C'est cette dernière année qui est la plus coûteuse en matière de soins de santé publics. Dans mon étude, je cite quelques travaux qui ont établi que le coût du décès n'est pas relié à l'âge.

Je vais en rester là pour l'instant. J'attends avec impatience vos commentaires pour que nous puissions débattre de ces questions.

La présidente : Merci de nous avoir parlé des coûts élevés de la mort. Vous ne le savez pas nécessairement, mais je m'intéresse tout particulièrement aux soins palliatifs.

Joe Ruggeri, Professeur, Department of Economics, University of New Brunswick, as an individual: Honourable senators, I am very honoured to be called back to discuss the options for this important policy issue. I looked strictly at the options in Chapter 6, having assumed from the report that there was already some support for the notion that something should be done for the differential costs of health care given to the aging factor, which is different in different regions.

The options presented in the second interim report may be separated into two major categories. The one category includes options for reforming a program of fiscal federalism that is independent of the issue of population aging. The second category includes reforms that are specifically directed at the issue of population aging and health care spending.

Let me start with the first category, which includes the suggested reform of the equalization program. I will start on a very practical note. It would be useful to remember that this program has remained a revenue-based program since its inception. Second, the latest major reform of equalization was just implemented this year and it also follows the 50-year-old tradition. Therefore, it seems that the likelihood of another major reform, in particular one that would depart drastically from a 50-year-old tradition, would be next to zero.

On a more technical note, the equalization program has come periodically under attack on two counts. First, it is alleged that the program is too complex. Second, it is alleged that equalization distorts the tax policy options of receiving provinces.

It seems to me that adding a spending side to the program would then double up the distortion — if any — because there would then be distortions on the revenue side as well as on the spending side. Moreover, I believe that adding a spending side would more than double the complexity of the system, because the technical issues related to these equalizations on the spending side are much more serious and numerous than the revenue side.

My general concern with the broad options of reforming programs that are not directly related to aging and health care spending will be that, while we discuss these broad schemes forever, nothing will be done to address a problem that is real and, in my view, requires immediate policy response because it will have a very strong impact. It already has some impact on the smaller provinces, which are experiencing greater population ages in excess of the national average. To me, pursuing the avenue of equalization would be the equivalent to saying “let us do nothing.”

Now I will turn to the two options directly linked to population aging and health care spending because the issues they raise are quite different. Here, we have a general option and a more specific

Joe Ruggeri, professeur, Faculté d'économie, Université du Nouveau-Brunswick, titre personnel : Honorables sénateurs, c'est un grand honneur pour moi d'être convoqué à nouveau pour discuter des options relatives à cette importante question stratégique. J'ai examiné uniquement les options présentées au chapitre 6 en présumant à la lecture du rapport que l'on avait déjà convenu que des mesures s'imposent relativement aux coûts différentiels des soins de santé dans le contexte du facteur de vieillissement, qui varie d'une région à l'autre.

Les options proposées dans votre deuxième rapport provisoire peuvent être divisées en deux catégories principales. La première catégorie comprend les options visant la réforme d'un régime de fédéralisme fiscal qui intervient indépendamment du vieillissement de la population. On retrouve dans la deuxième catégorie, les réformes qui visent directement la question du vieillissement de la population et des dépenses en santé.

Je vais débiter par la première catégorie, qui inclut la réforme proposée du programme de péréquation. Parlons d'abord dans une perspective très pragmatique. Il est bon de se rappeler que ce régime est fondé sur les revenus depuis sa mise en place. Par ailleurs, la plus récente réforme majeure du programme de péréquation vient tout juste d'être effectuée, soit dans le courant de la dernière année; elle s'inspire d'une tradition vieille de 50 ans. Il faut donc considérer comme à peu près nulles les chances que l'on procède à une autre réforme d'importance, surtout si celle-ci devait s'éloigner considérablement d'une tradition aussi bien ancrée.

D'un point de vue plus technique, le régime de péréquation fait périodiquement l'objet de différentes critiques relativement à deux aspects. Premièrement, on soutient que le programme est trop complexe. Deuxièmement, on allègue que la péréquation brouille les options des provinces bénéficiaires au chapitre de la politique fiscale.

Selon moi, si l'on ajoute au programme un volet lié aux dépenses, on ne fera que doubler cette distorsion — si elle existe vraiment — parce qu'elle interviendra tant du point de vue des revenus que du côté des dépenses. Qui plus est, j'estime que l'ajout d'un volet dépenses rendra le système au moins deux fois plus complexe, car les problèmes techniques découlant des mesures de péréquation du côté des dépenses sont beaucoup plus graves et nombreux que pour le volet revenus.

Pour ce qui est de ces options générales visant la réforme des programmes sans lien direct avec les dépenses associées au vieillissement et aux soins de santé, je crains que les discussions ne s'éternisent au sujet de ces plans généraux pendant que rien de concret n'est fait pour régler un problème bien réel qui, à mon avis, exige une intervention stratégique immédiate, car ses répercussions seront majeures. L'impact se fait déjà sentir dans les provinces plus petites qui dépassent la moyenne nationale pour ce qui est de la proportion d'ainés dans la population. Selon moi, l'avenue de la péréquation équivaut à une politique du laisser-faire.

Je vais maintenant examiner en détail les deux options directement liées au vieillissement de la population et aux dépenses en matière de soins de santé, parce que les enjeux sont

option. The more general option would restructure a permanent program to accommodate a temporary phenomenon. In this respect, it is important to remember that the Canada Health Transfer is a very simple program. Every so often, depending on the fiscal situation of the federal government and on the stage of the political cycle, the federal government makes a proposal for funding. Then there is a discussion with the provincial governments, followed by an agreement on a total amount of money that will be provided over a specified period of time — for example, a five- or ten-year agreement, which may then be changed.

Once the lump of money — which is, to a certain degree, politically determined — is there, then there is no big formula. It is allocated on an equal per capita basis, currently adjusted for the equalized value of the tax points transferred in 1977 and starting in 2013 or 2014 on a strictly per capita basis. It is as simple as that.

Whatever supplement that would be considered for taking care of the relationship between the differential rates of population aging in different provinces and health care spending, this supplement, by necessity, would be complex. It would have to be formula-based; otherwise it would not be sensitive to the issue that we want to address.

What would we have? We take a simple program, which is a kind of permanent structure of fiscal federalism, and complicate it. We would reduce the amount of visibility and even a certain degree of accountability. In the end, we would take something that can really be measured and should be looked at in detail and lump it together into something that is often, partly or totally decided on a political basis.

It is no surprise that having a separate supplement is the best option. I believe that having a separate supplement specifically directed at the issue has great advantages in terms of transparency, accountability and targeting. It also would be a transitory transfer introduced to address a transitory issue. It can be designed to be very sensitive to the changes in the magnitude of the aging issue. Finally — and this is quite important — it would help keep provincial governments accountable for where they spend this money. Although the money would not be earmarked strictly for health care for seniors, there would be a clear amount that is related to a specific problem. If it were just lumped together, it would be just one number and then there would be questions. Did they buy lawnmowers to mow the lawns around senior homes and hospitals? Is this a component of the health care system because seniors are taking a walk outside when it is a nice day? From every aspect that I can think about, just having a separate transfer would be the best option out of the ones that I saw in the report.

Byron Spencer, Professor of Economics, McMaster University, as an individual: Thank you for inviting me back to present further on this topic. Has the handout been distributed?

The Chair: Apparently it is on its way.

très différents. L'une des options est de portée générale, tandis que l'autre est plus ciblée. La première consiste à restructurer un programme permanent pour l'adapter à un phénomène passager. À cet égard, il convient de rappeler que le Transfert canadien en matière de santé est très simple. De temps à autre, selon la période du cycle politique et la situation budgétaire de l'État, le gouvernement fédéral propose du financement. Il en discute avec les gouvernements provinciaux, puis on convient d'un montant qui sera versé au cours d'une période donnée — par exemple, cinq ou dix ans, et ça peut changer.

Lorsqu'on s'est entendu sur le montant forfaitaire — qui relève, dans une certaine mesure, d'une décision politique —, nul besoin d'appliquer une formule complexe. Les fonds sont alloués au prorata de la population. Actuellement, on permet un certain ajustement en fonction de la valeur des points d'impôt transférés en 1977 après péréquation, mais cette disposition sera éliminée en 2013 ou 2014. C'est aussi simple que cela.

Peu importe la méthode utilisée pour tenir compte des différents taux de vieillissement et de dépenses sanitaires dans les provinces, elle serait nécessairement complexe. Elle devrait reposer sur une formule; sinon, elle ne permettrait pas de régler le problème.

Qu'arriverait-il alors? On ne ferait que compliquer un programme simple, une structure permanente du fédéralisme fiscal. On réduirait la visibilité et la reddition de comptes. On prendrait quelque chose de mesurable et de bien précis et on le noierait dans un transfert qui relève souvent, en partie ou totalement, d'une décision politique.

Il n'est pas étonnant qu'un supplément distinct soit la meilleure option. Je crois qu'il serait beaucoup plus transparent et ciblé et assurerait une meilleure reddition de comptes. En outre, il s'agirait d'une mesure provisoire pour régler un problème temporaire, une mesure qu'on pourrait adapter en fonction du vieillissement de la population. Enfin — et c'est très important —, il serait ainsi plus facile de tenir les gouvernements provinciaux responsables de la façon dont ils dépensent ces fonds. Même si l'argent ne serait pas réservé exclusivement aux soins de santé pour les personnes âgées, un montant déterminé servirait à régler un problème précis. Si ces fonds étaient intégrés à un autre transfert, on ne connaîtrait que le montant total, ce qui susciterait des questions. L'argent a-t-il servi à acheter des tondeuses pour entretenir les parterres des résidences pour personnes âgées et des hôpitaux? Est-ce qu'on considère que c'est une dépense sanitaire parce que les aînés vont se promener lorsqu'il fait beau? À tous les égards, un transfert distinct serait la meilleure des options présentées dans le rapport.

Byron Spencer, professeur d'économie, Université McMaster, titre personnel : Je vous remercie de m'avoir invité de nouveau pour discuter de ce sujet. A-t-on distribué le document?

La présidente : On s'en occupe.

Mr. Spencer: I prepared a PowerPoint presentation and that was not feasible to use, so I have printed copies of the document that my presentation relies upon. I would like you all have a copy of that as soon as possible.

The Chair: So I can explain, Mr. Spencer, the PowerPoint was only available in English so we have had it translated. The translation is completed and it is now being printed and run off. You will have it in front of you in a short while.

Mr. Spencer: I will proceed as best I can without it.

I have entitled my comments, "Population Aging and the Allocation of Health Care Resources." This committee certainly needs no reminder that the population is aging and that it is aging in different ways across the country — rapidly in the Eastern provinces and generally less so as we move west.

I have been asked to comment specifically on the Aging Committee's second interim report at Chapter 6 entitled, "Regional Distribution of Health Costs Associated with Seniors." I am happy to do that, but I will direct comments to a closely related issue on problems associated with the allocation of health care resources that go beyond specifically aging.

I will begin with a few comments on Chapter 6. This captures much of the evidence very well and lays out the options very clearly, in particular those associated with the existing equalization formulas.

The equalization formulas are complex in detail. Undoubtedly, there are significant ways in which they affect the way in which health care services are delivered. At the same time, my reading of the situation is that it would be best not to move further in the direction of age-based transfers in a formula way, as proposed in this chapter. As the interim report documents, that would be a major step on a slippery slope. As the previous witness just indicated in some detail, it would also be a complex and difficult thing to do.

There are many possible reasons for adjusting the equalization formulas that could be identified, many more important than age distribution. For example, climate is one of those and there are many others as well. A satisfactory resolution to that, in agreeing with the previous witness, would be both difficult to find and expensive to implement.

I will take the time available to me to draw the attention of this committee to related matters that are important for the deliberation of how health care resources are identified.

Slide 5, called, "The Context" indicates the fundamental assumption that the purpose of the health care system is to meet the health care needs of the population, and we all would agree with that. One would expect that there would be some relationship between the rate at which the population is growing on the one hand and the rate at which expenditures on health care are increasing on the other hand.

M. Spencer : J'avais préparé un document PowerPoint, mais comme je ne pouvais vous le présenter, je l'ai imprimé. J'espère qu'on pourra vous en distribuer des copies le plus tôt possible.

La présidente : Permettez-moi d'expliquer, monsieur Spencer, que le fichier PowerPoint n'était disponible qu'en anglais, il nous a donc fallu le faire traduire. Maintenant que c'est fait, il faut imprimer le document et le photocopier. Nous le distribuerons sous peu.

M. Spencer : Je vais tout de même commencer et faire de mon mieux.

J'ai intitulé ma présentation « Vieillesse de la population et affectation des ressources sanitaires ». Je n'ai sûrement pas besoin de rappeler au comité que la population vieillit, et à un rythme différent selon les régions du pays — plus rapidement dans les provinces de l'Est que de l'Ouest.

On m'a demandé de commenter le chapitre 6 du deuxième rapport provisoire du comité sur le vieillissement, intitulé « Répartition régionale des coûts en soins de santé aux aînés ». Je le ferai volontiers, mais j'aborderai également une autre question connexe, soit les problèmes d'affectation des ressources sanitaires en général.

Je vais d'abord vous parler un peu du chapitre 6. Il fait état de la plupart des données et présente clairement toutes les options, surtout celles portant sur les formules de péréquation actuelles.

Ces formules comportent des détails très complexes. Il ne fait aucun doute qu'elles influent grandement sur la prestation des services de soins de santé. Toutefois, à mon avis, il serait préférable de ne pas envisager des transferts utilisant une formule fondée sur l'âge, comme on le propose dans ce chapitre. Le rapport provisoire montre que ce serait s'engager sur un terrain glissant. En outre, le témoin précédent a expliqué qu'il s'agirait d'un exercice compliqué et difficile.

De nombreux facteurs plus importants encore que la répartition selon l'âge pourraient justifier l'ajustement des formules de péréquation, notamment le climat. Je suis d'accord avec le témoin précédent : il serait difficile d'en arriver à une solution satisfaisante. Qui plus est, sa mise en œuvre serait coûteuse.

Je prendrai le temps qui m'est imparti pour attirer l'attention du comité sur des questions connexes dont il faut tenir compte dans la façon de déterminer les besoins en ressources sanitaires.

À la diapositive 5, « Contexte », je pars du principe fondamental que le régime de santé a pour but de répondre aux besoins de soins de la population, et je crois que nous sommes tous d'accord là-dessus. On s'attend à ce qu'il y ait une corrélation entre, d'un côté, le taux de croissance de la population, et de l'autre, celui des dépenses sanitaires.

The next slide is entitled, "Annual Percent Rates of Change in the Population." We see that the overall rate of population growth in the last three decades has averaged about 1 per cent per year. The next slide is labelled, "Annual Percent Change in Population." I have added population aged 65 and older. You can see that it is growing faster than the overall population, which is consistent with the aging of the population.

In the next slide, we add the rate of growth of health care expenditures and you can see there is no relationship between the rate at which health care expenditures have been growing and the rate at which the population has been growing. That suggests a particular problem, namely that at the aggregate level there is far too little coherent and consistent planning of the health care system. If the rate of growth of expenditures is completely unrelated to the rate at which the needs of the population for health care services is increasing, then there is a problem at the aggregate level in terms of insufficient spending.

The next slide shows the rate of growth of expenditures in real terms rather than in nominal terms. Nominal terms is the basis on which the budgets are set and real terms is the basis on which they are spent. There is no relationship between the rate at which the health care needs of the population are growing and the rate at which expenditures are growing. We see big positive changes followed by big negative changes, and so on; it is incoherent.

In the next three pages of my presentation, I break the figures down by province. In the slide entitled "All Canada Level," all of the provinces are shown on the same scale. The Canada level chart shows much less volatility than any one of the provinces. The provinces have increases and decreases at differing times. They average out in some way so the Canada sequence is much smoother. At the province level, we have huge volatility in the rate at which expenditures are increasing and subsequently decreasing. They appear to bounce around from year to year in a most unsatisfactory way.

I see this as indicative of an overall failure to plan in a coherent and systematic way for the delivery of health care services. The page entitled, "Implications" indicates that such budget fluctuations make it difficult for hospital administrators, program managers and others to plan for the delivery of care both in institutions and in the community. Those same fluctuations make it difficult for universities and other post-secondary institutions responsible for the training of health care professionals to anticipate how many to train. Why would we increase enrolment in nursing schools at the same time that nurses are being laid off for budgetary reasons? There are two sides to planning and inconsistencies are occurring.

I will expand on the idea of insufficient planning while trying to persuade the committee that it is extremely important. The next slide shows average health care expenditure by age. It is well-known that on average, people use more health care services when they are old than when they are young. Of course, much of that is associated with the fact that death occurs typically at older ages rather than at young ages.

La prochaine diapositive s'intitule « Taux de croissance annuelle de la population ». On y voit que ce taux global s'est établi en moyenne à 1 p. 100 par année au cours des trois dernières décennies. À la page suivante, j'ai ajouté les personnes âgées de 65 ans et plus. On constate que ce segment croît plus rapidement que la population en général, ce qui confirme le vieillissement démographique.

Sur le graphique suivant, j'ai superposé aux deux premières courbes celle de l'évolution des dépenses sanitaires. On constate alors qu'il n'y a aucune correspondance entre celles-ci et le taux de croissance de la population. Cela met en lumière un problème particulier au niveau agrégé, soit le manque de planification cohérente et systématique en matière de soins de santé. S'il n'y a absolument aucun lien entre le taux de croissance des dépenses et celui des besoins de la population, un problème se pose au niveau agrégé : le financement est insuffisant.

La diapositive suivante montre le taux de croissance de la valeur réelle des dépenses, plutôt que de leur valeur nominale. Les budgets sont établis selon la valeur nominale, alors qu'ils sont dépensés selon la valeur réelle. Il n'existe aucune corrélation entre le taux de croissance des besoins en soins de santé de la population et celui des dépenses. La courbe est en dents de scie; c'est incohérent.

Sur les trois pages suivantes, je ventile les données par province, en utilisant toujours la même échelle. Le graphique dépeignant la situation au Canada est beaucoup plus régulier que ceux des provinces, où on remarque des hauts et des bas au cours de périodes différentes. Ça s'équilibre, de sorte que les fluctuations sur le graphique du Canada sont beaucoup moins marquées. Au niveau provincial, les variations annuelles énormes dans l'évolution des dépenses sont inacceptables.

Selon moi, cela révèle un manque de planification cohérente et systématique dans la prestation des services de soins de santé. À la page « Répercussions », on voit que ces fluctuations budgétaires rendent la planification difficile pour les administrateurs d'hôpitaux, les gestionnaires de programmes et autres intervenants chargés de la prestation des soins dans les établissements et les collectivités. Ces variations font également en sorte qu'il est ardu pour les universités, et autres établissements d'enseignement postsecondaire responsables de la formation des professionnels de la santé, de prévoir combien d'étudiants accepter. Pourquoi accroître le nombre d'admissions en sciences infirmières lorsque les travailleurs dans ce domaine se font mettre à pied en raison de compressions budgétaires? La planification a deux facettes, et on remarque un certain manque de logique.

Je vais développer l'idée de la planification insuffisante en essayant de vous persuader que c'est un problème extrêmement important. La diapositive suivante montre les dépenses moyennes en soins de santé selon l'âge. Il est bien connu qu'en moyenne, les personnes âgées ont davantage recours aux services de soins de santé que les jeunes. Cela s'explique évidemment par le fait que la plupart des gens meurent à un âge avancé.

The shape of that cost profile gives me the opportunity to comment specifically on something that is stated in the second interim report related to recent cost increases. If you look at the page that says "From Issues and Options . . .," I will highlight two passages from the report. I quote from page 48, "Hospital utilization rates and other instances of health care service use by the elderly have risen dramatically in recent years." The report continues on page 49, ". . . the cost of health services demanded by seniors is increasing considerably."

I emphasize that while the costs associated with seniors have increased, they have been similar for all other age groups. It is not specifically an "old" thing.

The next slide is entitled, "Health Care Costs, 1998-2005, Percent Change." The solid line at about the 50 per cent mark shows the increase by various ages. Age is along the horizontal axis from youngest to oldest and it is virtually a flat line, which is to say that the cost increases have been 50 per cent over that period at all ages. They have been a bit lower at the older end than at the younger end. Basically, it is a story of being flat. There are differences across different categories but none of them is strongly age-related, the exception being the "other professional" category, which is a small component of the health care budget.

I will return now to cost profile at the next slide. Let us suppose we combine that cost profile information that says that older people are higher cost than younger people with the age distribution of the population as it was in 2006 — the solid line at the bottom of that figure — and as it is projected to be at 2036 — the dotted line. You will see there is a substantial shift away from the younger population towards the older population in that three-decade period.

With the cost profile and the population age distribution, we can calculate the fraction of all government health care expenditures distributed to each age group in the population. Such a calculation tells us that in 2006, about 45 per cent of all government health budgets were used to provide health services to those aged 65 years and older. That probably is not a big surprise to anyone. It is also no particular surprise to learn that about 70 per cent of that age group reports having two or more chronic conditions. Further, it is no surprise to hear that the concentration of expenditures on the older population will become greater as the population ages.

Given the current age pattern of health care expenditures, by 2036, those aged 65 and older will account for a quarter of the population but 63 per cent of all public expenditures on health care, if present distributions continue.

Those things you will not find surprising. What you may find surprising starts with the next slide entitled "Mismatch between. . ." This is the mismatch between the health care needs of the population being served and what health care professionals are trained to do. More specifically, the evidence suggests that training programs for physicians and other health care professionals give little attention to the specific treatment of older patients.

L'allure de cette courbe m'amène à vous parler d'un extrait du deuxième rapport provisoire portant sur les récentes augmentations de coûts. Permettez-moi de vous citer deux passages, qui figurent à la diapositive suivante. Premièrement, à la page 48 du rapport : « Les taux de fréquentation des hôpitaux et d'utilisation des autres types de services de soins de santé par les aînés ont augmenté énormément ces dernières années. » Ensuite, à la page 49 : « le coût des services de santé demandés par les aînés augmente considérablement ».

Je tiens à préciser que si les coûts se sont accrus pour les personnes âgées, il en est de même pour tous les autres groupes d'âge. Ce phénomène ne se limite pas aux aînés.

Le prochain graphique montre, en pourcentage, l'évolution des coûts des soins de santé de 1998 à 2005. Le trait plein qui se situe aux environs de 50 p. 100 représente l'augmentation globale selon l'âge, qui correspond à l'axe horizontal. La ligne est presque droite, ce qui signifie que l'accroissement des coûts s'est élevé à environ 50 p. 100 au cours de cette période pour toutes les tranches d'âge. L'augmentation est même un peu moindre chez les personnes âgées que chez les jeunes. En gros, c'est stable. On note une différence selon les catégories, mais celles-ci ne sont pas vraiment liées à l'âge, à l'exception peut-être de celle des autres professionnels, qui ne représente qu'une petite part du budget de la santé.

Revenons à la courbe des coûts, qui figure à la page suivante. Combinons cette courbe, selon laquelle les personnes âgées coûtent plus cher à soigner que les jeunes, et celle de la répartition de la population par âge, en 2006 — la ligne pleine au bas — et en 2036, selon les projections — la ligne pointillée. Au cours de ces trois décennies, on constate une diminution du nombre de jeunes et une augmentation du nombre de personnes âgées.

En se basant sur la courbe des coûts et celle de la répartition de la population selon l'âge, on peut calculer la fraction des dépenses sanitaires gouvernementales allouée à chacune des tranches d'âge. Ainsi, on voit qu'en 2006, environ 45 p. 100 du budget de la santé a servi à la prestation de soins aux personnes de 65 ans et plus. Ça ne surprend probablement personne. Il n'est pas plus étonnant d'apprendre qu'environ 70 p. 100 des personnes de ce groupe déclarent souffrir de deux maladies chroniques ou plus, ou qu'une plus grande part du budget servira à soigner la population à mesure qu'elle vieillira.

Étant donné la distribution des dépenses par âge, en 2036, les personnes de 65 ans ou plus représenteront 25 p. 100 de la population, mais 63 p. 100 des dépenses publiques en soins, si la tendance se maintient.

Vous ne serez pas surpris de l'apprendre. Ce que vous trouverez peut-être étonnant, par contre, c'est sur la prochaine diapositive intitulée « Désaccord entre... ». Il s'agit du déséquilibre entre les besoins sanitaires de la population desservie et la formation des professionnels de la santé. Plus précisément, on constate que les programmes de formation des médecins et autres professionnels de la santé sont peu axés sur le traitement spécifique des patients âgés.

I have not been able to document the situation for Canada, except anecdotally, and that evidence confirms what I have to say. However, there is reason to think that our situation here is not unlike the U.S. in this particular regard. The particular issue is quoted on the slide entitled "In the U.S. . ."

Only 2 per cent of all medical schools have a full-scale department of geriatrics that requires a mandatory rotation of geriatrics for students and residents, and less than 3 per cent of all medical students take even one course in geriatrics.

I suspect the situation in Canada is very similar.

Put differently, the training of health care professionals gives very little time to the treatment of complicated chronic conditions that are common among older patients. Almost all physicians training takes place in a hospital setting and, when older patients present themselves in that setting, the focus is typically on an acute condition. Indeed, it may even be the case that the failure to appropriately treat those who have multiple chronic conditions while they are still functioning in the community can lead to acute symptoms that cause them to present themselves in hospitals.

Put differently again, health care professionals are taught to treat one condition or one ailment at a time, with the most attention given to acute conditions. However, often — and perhaps most often — those same health care professionals find that older patients represent the great bulk of patient visits. The conditions of those patients involve the treatment of multiple chronic conditions rather than a single acute condition. That situation will become even more accentuated in the future.

I will conclude. The equalization formula is important. I do not have a lot to offer about it specifically, aside from supporting what I understand to be the committee's reluctance to recommend age-based transfers. I support that reluctance.

The committee asked for options for addressing the regional distribution of health costs associated with seniors and that such options be identified. I have been trying to do that. Most importantly, I wish to draw the committee's attention to the fact that very little systematic planning of the overall health care system takes place. I find that an amazing fact since provincial governments spend about 40 per cent of their program budgets on health care.

Since we do have a publicly-financed health care system, the only planning that can possibly be done in a centralized way must be done by the funder and that is the provincial government. If the funder does not do it, nobody will. If the provinces do not become actively engaged in planning, the health care system will continue to grow like Topsy; in other words, it will continue to grow without anyone's intention and will continue to grow from one crisis to the next as the quality continues to raise concerns.

The Chair: Thank you, all three of you, for your presentations.

Je n'ai pas été en mesure d'obtenir de l'information sur la situation au Canada, sauf quelques observations qui confirment néanmoins ce que je dis. On peut penser que notre situation est comparable à celle des États-Unis à cet égard. On parle de ce problème particulier à la diapositive intitulée « Aux États-Unis... ».

Seulement 2 p. 100 des facultés de médecine disposent d'un département de gériatrie complet, qui exige une rotation obligatoire pour les étudiants et les résidents, et moins de 3 p. 100 des étudiants en médecine prennent un cours en gériatrie.

Je crois que la situation est très semblable au Canada.

Autrement dit, dans la formation des professionnels de la santé, on consacre très peu de temps au traitement des troubles chroniques complexes dont souffrent souvent les patients âgés. Presque toute la formation des médecins a lieu en milieu hospitalier, et lorsque des patients âgés se présentent à l'hôpital, on se concentre habituellement sur un état pathologique grave. En fait, il peut même arriver que des patients souffrant de plusieurs maladies chroniques qui ne reçoivent pas de traitement approprié lorsqu'ils sont encore actifs au sein de la communauté voient leurs symptômes devenir aigus et doivent se présenter à l'hôpital.

En d'autres termes, on enseigne aux professionnels de la santé à traiter un trouble ou un malaise à la fois, et à porter leur attention sur les états pathologiques aigus. Cependant, bien souvent, ces mêmes professionnels constatent que les patients âgés sont les plus nombreux. Ils souffrent de multiples problèmes chroniques et non d'une seule affection aiguë. C'est une tendance qui devrait s'amplifier avec le temps.

Je terminerai en disant que la formule de péréquation est importante. Je ne peux vous en parler en détail, sauf pour vous dire que je partage la réticence du comité à recommander les transferts en fonction de l'âge de la population. Je soutiens sa position.

Le comité a demandé qu'on lui propose des solutions au problème de la répartition régionale des coûts des soins associés aux personnes âgées. C'est ce que je tente de faire. Mais je souhaite surtout attirer l'attention du comité sur le fait qu'il y a très peu de planification systématique dans l'ensemble du système de santé. Je trouve cela étonnant compte tenu du fait que les gouvernements provinciaux y consacrent environ 40 p. 100 de leur budget de programmes.

Puisque notre système de soins de santé est financé par les deniers publics, le seul à pouvoir faire une planification centralisée doit être le payeur, en l'occurrence le gouvernement provincial. S'il n'en prend pas l'initiative, personne d'autre ne le fera à sa place. Si les provinces ne s'engagent pas dans une planification active, le système de santé continuera d'évoluer de manière anarchique, c'est-à-dire sans aucun contrôle, d'une crise à une autre, et toujours au détriment de la qualité des soins.

La présidente : Je vous remercie tous les trois pour vos présentations.

There are certainly areas of disagreement, but I think we are also seeing very significant areas of agreement among the three witnesses. Certainly, I heard that nobody particularly wanted to see a change on the equalization formula. They felt "enough of that;" it should be ignored as a particular concept.

Mr. Spencer, you made particular reference to the lack of training in medical schools for geriatricians. We know from our evidence that, this year, we are training only 10 from coast to coast in Canada in terms of geriatrics. Your figures for the United States are comparable in Canada.

It reminds me of our 1995 study in which we learned in a study from a Dr. MacDonald — from Edmonton then and now at McGill University — who indicated that the average training of a physician in any form of palliation, including simple pain treatment, was one hour in four years of medical school. Fortunately, that has now changed. The federal government made a contribution to changing the curriculum. In one of our previous chapters, we made a similar recommendation to the federal government in terms of putting money and resources into training of physicians at the undergraduate level in the field of geriatrics.

We have a situation in which Professor Ruggeri is suggesting we make a very simple and short-term, proportional-based transfer of money to those provinces that have a faster growing aging population than those provinces that do not. He suggested it would be transitory, as I understand, because we will not have this same problem forever as the population shifts in a number of demographics.

I would like to hear from Mr. Lee and from Mr. Spencer as to what they would think about that kind of plan. In other words, stay away from the idea of a social transfer tax and the idea of equalization formula changing. Simply comment on a transitory type of funding.

Mr. Lee: In principle, I agree with what Professor Ruggeri has suggested in terms of the complications of amending the federal funding formulas for the broad transfers and that a separate and transitory supplement is, in fact, the best option.

Transitory, in this case, is quite a long period of time. We know that population pressures are anticipated to continue to grow over the next quarter century. By the early 2030s, we will be at the peak in terms of seniors as a share of the total population. After that point, then the pressures begin to abate, albeit somewhat slowly. It is difficult to project that far into the future, however.

We are looking over a 50-year or so time horizon, which is about the current age of the existing equalization program. While I would agree with the general sentiment, we are talking about major demographic pressures that will be with us for some time to come.

Mr. Spencer: I certainly agree that the transitory aspect of it is a very long transition. We are moving towards a much larger share of the population in old age as a result of low fertility. That is ongoing. Of course, there will be a bit of a temporary increase in

Il y a certes des divergences d'opinions, mais je crois qu'il y a également des points d'entente importants entre les trois témoins. D'après ce que j'ai entendu, personne ne tient particulièrement à ce que la formule de péréquation soit modifiée. On pense que « c'est assez » et qu'il faut écarter cette possibilité.

Monsieur Spencer, vous avez parlé du manque de formation de gériatres, dans les facultés de médecine. Nous avons constaté que, cette année, nous n'en formons que dix dans l'ensemble du Canada. Vos chiffres pour les États-Unis sont comparables à ceux d'ici.

Cela me rappelle notre étude, en 1995, dans laquelle nous avons appris qu'un certain Dr MacDonald — autrefois à Edmonton et maintenant à l'Université McGill — révélait qu'en moyenne, la formation d'un médecin en soins palliatifs de tous genres, y compris le simple traitement de la douleur, ne durait qu'une heure en quatre ans d'études en médecine. Heureusement, cela a changé. Le gouvernement fédéral a contribué à modifier le programme d'enseignement. Dans l'un des chapitres précédents, nous faisions une recommandation semblable au gouvernement fédéral pour qu'il investisse des fonds et des ressources dans la formation des médecins étudiant au premier cycle en gériatrie.

Le professeur Ruggeri propose que nous fassions tout simplement un transfert d'argent à court terme aux provinces qui soit proportionnel au vieillissement de la population. Je crois comprendre qu'il propose que cette mesure soit transitoire, puisque nous n'aurons pas toujours ce problème, compte tenu de l'évolution démographique.

J'aimerais savoir ce que MM. Lee et Spencer pensent de ce genre de plan. Autrement dit, oublions les transferts sociaux et la modification de la formule de péréquation. Dites-nous simplement ce que vous pensez d'une forme de financement transitoire.

M. Lee : En principe, j'adhère à l'opinion du professeur Ruggeri en ce qui concerne les complications qu'entraînerait la modification des formules de financement fédéral pour les programmes de transferts et je suis d'accord pour dire qu'un supplément distinct et transitoire serait la meilleure solution.

Dans ce cas-ci, transitoire veut quand même dire sur une très longue période. Nous savons que les pressions démographiques continueront d'augmenter au cours des 25 prochaines années. Au début des années 2030, le pourcentage d'âinés dans la population sera le plus élevé. Après, il commencera à diminuer, bien qu'assez lentement. Toutefois, il est difficile de faire des prévisions à aussi long terme.

Nous nous projetons sur une période d'environ 50 ans, ce qui représente à peu près l'âge du programme de péréquation actuel. Je partage le sentiment général, mais nous parlons de pressions démographiques importantes qui se maintiendront encore longtemps.

M. Spencer : Je conviens qu'avec cette solution, la phase de transition sera longue. Les gens âgés représenteront une partie beaucoup plus importante de la population, en raison du faible taux de fertilité. C'est déjà le cas. Bien sûr, il y aura une

a sense that the baby boom will be in old age and it is a particularly large group. However, we are moving generally from a relatively young population to a much older population. There will be sustained differences across the country. One must think that will continue in unpredictable ways perhaps, but it will continue into the future.

I guess I am concerned and quite persuaded by some things that I see in Chapter 6 saying that this is not the only base on which special arrangements might be made. There are many other claims for making a special adjustment to the equalization formulas. I think it would become very complicated and difficult to justify doing all of that.

Mr. Ruggeri: I would like to comment on a number of issues that were raised previously, especially the one about fluctuations in provincial spending related to this funding.

From my perspective, the real issue is an issue of fiscal federalism. All the papers I have seen and all the calculations I have looked at, some I have done and are similar to the others, with respect to the impact of population aging on the health care costs and the growth over time indicate that, really, there is no problem at the national level. Even in the future, it will be even less because, as we found out a couple of days ago from a Statistics Canada report on the census, the average income of people over the age of 65 is becoming closer to the national average. There may be a point in time where the average income of a senior couple is the same as that of a younger couple, which means the relative contribution to the fiscal system will increase and, therefore, the financial contribution to the health care they receive.

This is one of the general factors I see established. The national level is really not an issue. For a while, the issue with this vertical fiscal imbalance was that the federal government reduced its original commitment from 1977 progressively to 1995. When we think in terms of the stability of those who fund, the lack of stability has been at the federal level starting if we look from 1977, especially with a big drop in 1995. Now we are somewhat back on track. The stability of federal funding caused the instability at the provincial level.

I was in Alberta during that time. People could not imagine today what happened: the number of nurses and doctors that went to the United States and the number of hospitals that shuffled. All of those things happened in 1995 because of the \$6-billion reduction in transfers to the province. What we need, if we want stability, is to ensure there is stability on the federal side so provinces can plan when we think in terms of this planning.

This brings me to the specific issue, what I call the transitory period. The real issue may be in 20 or 25 years. Again, this is an issue that we know will be there. We do not know the exact magnitude of the spending, but we know it will be large. The calculation I made for New Brunswick over the next 25 years is \$6 billion in today's dollars. I can tell you that the province of New Brunswick cannot afford that kind of loss of money. We must realize that the 25 cents, roughly, to the dollar that every

augmentation temporaire, car les membres de la génération du baby-boom seront âgés, et c'est un groupe particulièrement important. Cependant, en général, nous passons d'une population assez jeune à une population beaucoup plus âgée. Il y aura des différences marquées dans le pays. Cela continuera peut-être de manière imprévisible, mais cela continuera.

Il y a certaines choses auxquelles je m'intéresse et dont je suis convaincu au chapitre 6, qui indiquent que ce n'est pas la seule base sur laquelle des arrangements spéciaux peuvent être faits. Il y a beaucoup d'autres arguments invoqués pour adapter les formules de péréquation. Je crois que cela deviendrait très compliqué et difficile de tous les justifier.

M. Ruggeri : J'aimerais donner mon avis sur certains points qui ont été soulevés précédemment, en particulier sur les fluctuations des dépenses provinciales liées à ce financement.

De mon point de vue, le vrai problème repose sur le fédéralisme fiscal. Tous les documents et tous les calculs que j'ai examinés — dont certains que j'ai préparés moi-même et qui sont semblables aux autres — concernant l'impact du vieillissement de la population sur les coûts des soins de santé et leur augmentation au fil du temps, indiquent qu'en réalité, il n'y a pas de problème national. Il y en aura encore moins dans l'avenir, car comme nous l'a révélé il y a quelques jours un rapport de Statistique Canada sur le recensement, le revenu moyen des personnes de plus de 65 ans se rapproche de la moyenne nationale. Peut-être qu'un jour, le revenu moyen d'un couple de personnes âgées sera le même que celui d'un jeune couple, ce qui signifie que la contribution relative au régime fiscal augmentera, de sorte que la contribution financière aux soins de santé qu'ils reçoivent augmentera elle aussi.

C'est l'un des facteurs généraux que j'aimerais voir établis. Le problème ne se situe vraiment pas à l'échelle nationale. Pendant un certain temps, ce déséquilibre fiscal vertical est venu de la réduction progressive de l'engagement initial du gouvernement fédéral entre 1977 et 1995. Quant au manque de stabilité des bailleurs de fonds, il s'est fait sentir à l'échelon fédéral à partir de 1977, la diminution étant particulièrement marquée en 1995. La situation est un peu revenue à la normale depuis. La stabilité du financement fédéral s'est faite au détriment de celle des provinces.

J'étais en Alberta à l'époque. Les gens ne peuvent imaginer aujourd'hui ce qui s'est produit, le nombre d'infirmières et de médecins qui sont partis travailler aux États-Unis, le remaniement dans les hôpitaux. Tout ceci est arrivé en 1995 à la suite de la réduction de 6 milliards de dollars des transferts aux provinces. Si nous voulons de la stabilité, il faut que le gouvernement fédéral fasse preuve de constance pour permettre aux provinces de planifier.

Ceci m'amène à la question qui m'intéresse, que j'appellerai la période de transition. Le vrai problème surgira peut-être dans 20 ou 25 ans, mais il ne fait aucun doute qu'il se posera. Sans connaître l'ampleur exacte des dépenses, nous savons qu'elles seront considérables. J'ai calculé que pour les 25 prochaines années, elles s'élevaient à 6 milliards de dollars courants pour le Nouveau-Brunswick. Ce n'est pas une perte que la province peut absorber. Il faut comprendre que pour chaque dollar versé, les

province gets now is to finance this cost at the national average cost. Anything above that is 100 per cent provincial. The Province of New Brunswick would be fully responsible for paying any expenses above this 25 per cent roughly, if we maintain equality among the provinces.

That is why I say it is an issue of fiscal federalism. First of all, whether the federal government provides enough funding to all the provinces on the basis of commitments established long ago, roughly the time that equalization was introduced was the time that all these programs were introduced. They were introduced on a 50/50 sharing base.

Second, we have to recognize that for equality among provinces there will be pressures. No matter how we measure it, no matter how we measure the other effects, this is financially the biggest impact there will be on any of the smaller provinces. We can look at any other factor relating to age, younger people, or the environment, anything we want. By far, this will be the biggest hit for them.

My concern is that these provinces will go into deficits again to finance health care. They will make whatever adjustments they can in order to cut the costs that will increase, and that will be the quality of our care, especially for seniors. Quality will differ tremendously among the provinces. To me, that is not the Canadian way.

With respect to having a specific transfer separate from everything else, first, it allows us to perform detailed calculations, to set up a formula for stability in funding from the federal government. Related to what Mr. Lee was saying, and I agree with him, is that if we identify this particular program, the issue of cost containment can be addressed in a rational manner because there are a certain amount of dollars attached to it from the federal government. There is an interest on everyone's part to reduce costs, specifically as they affect these particular programs.

Having listened to my colleagues, I feel my recommendation, if you want to call it that, for having this separate program is that strengthened. The issue is there and it is large in terms of dollars. It is very serious for the smaller provinces.

Senator Mercer: I thank all three of you for your interesting presentations. I want to go back to this issue of having special transfers based on the aging population. While it all sounds good, the problem with the federal government giving transfers to the provinces is that the provinces tend to become dependent on those transfers. How do we ensure that as demand of the provinces decline, if the population shifts, that the Government of Canada can pull back its funding?

You may think it is logic, but when politics interfere, sometimes logic goes out the window. A dollar given to a province is very difficult to take away, as we witnessed in the mid-1990s when the federal government pulled back some money to get the national fiscal house in order.

provinces doivent affecter environ 25 cents au financement de ce coût pour respecter la moyenne nationale. Au-delà de ce seuil, elles doivent assumer entièrement les coûts. Le Nouveau-Brunswick devrait couvrir entièrement les dépenses au-dessus de ce seuil de 25 cents, si nous maintenons l'égalité entre les provinces.

Voilà pourquoi je dis que c'est un problème de fédéralisme fiscal. Premièrement, il faut déterminer si le gouvernement fédéral transfère suffisamment de fonds aux provinces conformément aux engagements pris il y a longtemps, à l'époque de l'instauration de la péréquation, et donc au moment où tous ces programmes ont été mis en œuvre. Les coûts étaient partagés moitié-moitié.

Deuxièmement, il faut admettre que les provinces vont exercer des pressions pour assurer l'égalité entre elles. Peu importe l'angle sous lequel nous examinons le problème ou la manière dont nous évaluons les autres effets, ce sera le fardeau financier le plus lourd qu'auront à porter les petites provinces. Nous pouvons prendre en compte les autres facteurs, comme ceux relatifs à l'âge, aux jeunes ou à l'environnement, mais ce sera celui-là qui aura de loin la plus grosse incidence.

Ce qui m'inquiète, c'est que ces provinces accuseront de nouveau un déficit pour financer les soins de santé. Elles feront tous les ajustements possibles pour réduire les coûts qui iront en augmentant, et ce, au détriment de la qualité des soins, particulièrement pour les personnes âgées. Cette qualité diffèrera énormément d'une province à l'autre. À mon avis, ce n'est pas comme cela qu'on doit faire les choses au Canada.

Si le gouvernement canadien effectue un transfert distinct expressément à cette fin, nous pourrions d'abord faire des calculs détaillés et établir une formule assurant la stabilité du financement fédéral. Concernant ce que M. Lee a dit, je conviens que si nous optons pour ce programme, nous pouvons résoudre de façon rationnelle le problème de la maîtrise des coûts, car les programmes font toujours l'objet d'un financement du fédéral. Il est dans l'intérêt de tous de réduire les coûts, particulièrement s'ils ont une incidence sur ces programmes.

Je crois que les exposés de mes collègues apportent de l'eau à mon moulin. Le problème est là et il a une grosse incidence financière. C'est une question très importante pour les petites provinces.

Le sénateur Mercer : Je tiens à vous remercier tous les trois pour vos intéressants exposés. J'aimerais revenir sur la question des transferts spéciaux versés en fonction du vieillissement de la population. Même si cette solution semble séduisante, il ne faut pas oublier que lorsque le gouvernement fédéral accorde des transferts aux provinces, ces dernières tendent à en devenir dépendantes. Comment nous assurer que, si la composition de la population évolue et que la demande des provinces diminue, le gouvernement du Canada pourra réduire son financement?

Vous pensez peut-être que c'est logique, mais ce n'est pas toujours le cas quand la politique s'en mêle. Il est très difficile de diminuer le financement accordé aux provinces, comme nous avons pu le voir au milieu des années 1990, lorsque le gouvernement fédéral a réduit ses transferts pour assainir les finances publiques.

How do we do this so we will not get locked into a single province saying that even though the aging population has changed it still needs the money?

How does the Government of Canada get out of this problem?

Mr. Ruggeri: The solution is when you have a formula-based program. If the problem is that the rate of population aging in New Brunswick is higher than the national average, when the difference shrinks, the amount of money shrinks automatically. This is why I prefer the separate program because you can set it off to be sensitive to the cost associated with that particular factor.

It is similar to the equalization formula. If New Brunswick had per capita fiscal capacity equal to the national average, there would be zero equalization. Equalization would disappear.

The same thing would happen here. If the program is directly related to this single factor, when that age factor disappears the amount of money disappears. There should be no negotiation. The negotiation between the federal and provincial government would be strictly at the time the formula is set up. After that, it would be on automatic pilot.

Senator Mercer: Mr. Spencer and Mr. Lee, do you have comments?

Mr. Spencer: I agree that if it were set up as a formula that is how it would work. There would be an automatic adjustment as the population distribution changed.

I would add that it has been demonstrated repeatedly, as is reported in Chapter 6, that the drivers for the cost increase have not been predominantly population aging. Health care costs have gone up for reasons largely unrelated to population aging but for reasons of more intensive provision of services. I would also add, very importantly, the failure to plan reasonably effectively for the services that are delivered.

Mr. Lee: In terms of estimating future aging and its implications, aging is perhaps one of the easiest projections to make, at least in the short term, over the horizon of a fiscal framework. It is much less complicated than dealing with something like natural resource royalties in the equalization program.

Senator Mercer: I am from one of those provinces like New Brunswick; I am from Nova Scotia, where the population would get money out of this. I know the provinces would say, as the population shifted, "That it is true, but we still need the money."

I want to switch to another topic that several of you touched on, and that was medical and nursing schools. Do we need more medical and nursing schools? Should the Government of Canada be involved in directing the curriculum more strictly so we do not have this gap in doctors coming out of medical schools in Canada, not having spent enough time on aging and geriatrics? Is there a

Que faire si une province affirme avoir encore besoin de financement même si la composition de sa population a changé?

Comment le gouvernement du Canada peut-il éviter cet écueil?

M. Ruggeri : La solution consiste à avoir un programme financé selon une formule. De cette façon, lorsque l'écart entre le pourcentage de personnes âgées au Nouveau-Brunswick, qui est plus élevé que la moyenne nationale, diminue, le montant du financement aussi. Voilà pourquoi je privilégie le programme distinct, parce qu'on peut l'adapter en fonction des coûts.

La formule ressemble à celle de la péréquation. Si la capacité fiscale par habitant du Nouveau-Brunswick était égale à la moyenne nationale, la péréquation ne s'appliquerait pas.

La même chose pourrait arriver ici. Si le programme est directement lié au vieillissement et que le facteur de l'âge disparaît, alors le financement ne tient plus. Cela ne devrait pas être négociable. Les négociations entre les gouvernements fédéral et provincial auraient lieu uniquement lors de l'établissement de la formule. Ensuite, le programme fonctionnerait en mode « pilote automatique ».

Le sénateur Mercer : MM. Spencer et Lee, avez-vous des commentaires à formuler?

M. Spencer : Je conviens que le programme fonctionnerait selon la formule établie, le cas échéant. Le financement s'ajusterait automatiquement en fonction de l'évolution de la composition de la population.

J'ajouterais qu'il a été prouvé à maintes reprises, comme on l'indique au chapitre 6, que l'accroissement des coûts des soins de santé ne découle pas principalement du vieillissement de la population, mais plutôt de l'augmentation des soins à prodiguer et, il faut le souligner, du manque de planification raisonnable à cet égard.

M. Lee : Quant à l'estimation du vieillissement de la population et de ses répercussions, c'est peut-être l'aspect le plus facile à anticiper dans un cadre fiscal, du moins à court terme. C'est beaucoup moins difficile que de prévoir les redevances au chapitre des ressources naturelles dans le programme de péréquation, par exemple.

Le sénateur Mercer : Je viens de la Nouvelle-Écosse, une province qui, comme le Nouveau-Brunswick, obtiendrait des fonds en vertu de ce programme. Je sais que si la composition de la population évoluait, le gouvernement provincial voudrait néanmoins continuer de recevoir le financement.

J'aimerais passer à un autre sujet que plusieurs d'entre vous ont abordé, celui des facultés de médecine et de sciences infirmières. Devrait-il y en avoir davantage? Le gouvernement du Canada devrait-il orienter plus strictement les programmes de formation pour que nous ne nous retrouvions plus avec des diplômés en médecine qui n'ont pas suffisamment étudié le vieillissement et la

role for the government, as a major funder, to direct the curriculum more strictly than it has in the past?

Mr. Spencer: I certainly think there is a role for the funders to pay attention to the product coming out and to be concerned with what services are delivered and whether those services are appropriate services for the population. If the funder does not do this, then it is not done. Obviously it must be done in combination with the people who provide those services and the people who train health care workers and the rest of it. I do not mean it is simple, but if it does not happen and it is not a priority on the part of the funder — as I would claim it has not been — then the system grows without direction.

Senator Mercer: Are there no long-range thinkers or planners in the medical-education community?

Mr. Spencer: People who are doing planning will do their own planning. For example, a dean of a faculty of medicine will certainly plan for his faculty, but it must be planned on a bigger scale than that. We have an interest, certainly at a province level and I would argue also at a Canada level, as to how many physicians are trained and in what specialties. We must anticipate people who will be retiring in different specialties and replacing them. There should be some information available to upcoming residents in medical schools about where the demands are likely to be. We want to be sure that the incentives for them to go in that direction are appropriately aligned. I think there is a lot there. It is complex, but important.

Senator Mercer: One of the most important things that schools do is train doctors and nurses. We have an ad hoc method of how we plan that. That is a concern that may be beyond the scope of the committee, but it is a big problem. Thank you.

Senator Stratton: This is a fascinating discussion. With this per capita transfer for age, I go through the charts by Professor Spencer. Interestingly, you see the variation from province to province in the age group of 65 years plus. When you get to Manitoba and Saskatchewan — Manitoba is my home province — you see the differential at 65 plus years with the average population, there is virtually no gap. That is because there is a high birthrate in a certain sector of our population.

When you go to Alberta, you see a coming together of the same thing with the age over 65 years in the population. In my view, that may be wrong; it is an influx of younger people looking for work out there. That is background information and comments.

My concern is, once that door is opened and you say we will fund on a per capita, age-related basis to look after this issue, it will vary according to the percentage of people you have at the age of 65 years and over. However, the door having been opened, you then find sectors of the population with health concerns. For example, Aboriginal people could have large health concerns that they would feel — and I would agree with them — need to be addressed.

gériatrie? En tant que principal bailleur de fonds, le gouvernement devrait-il régir les programmes plus rigoureusement que par le passé?

M. Spencer : Je crois certainement que les bailleurs de fonds doivent se soucier de la qualité de la formation et des services offerts, et veiller à ce que ces services conviennent à la population. S'ils ne le font pas, qui le fera? Il faut évidemment travailler conjointement avec ceux qui offrent ces services, les responsables de la formation des professionnels de la santé et tous les autres intervenants. Je ne prétends pas que ce soit simple, mais si l'on n'agit pas et si le bailleur de fonds ne fait pas de la formation une priorité — et j'affirme que cela n'a pas été le cas —, alors le système ira à vau-l'eau.

Le sénateur Mercer : N'y a-t-il donc pas de penseurs ou de planificateurs à long terme dans le milieu de l'enseignement médical?

M. Spencer : Ceux qui planifient le font pour eux-mêmes, comme les doyens des facultés de médecine, mais il faut agir à plus grande échelle. Les provinces, et peut-être même le gouvernement du Canada, doivent s'intéresser au nombre de médecins formés et aux spécialités qu'ils choisissent. Nous devons prévoir le nombre de personnes qui prendront leur retraite dans les différentes spécialités et les remplacer. Il faudrait que l'on informe les nouveaux résidents des secteurs où la demande se fera probablement sentir. Il faut être certain de bien coordonner les incitatifs afin de les orienter dans la direction souhaitée. Il y a beaucoup à faire. C'est complexe, mais important.

Le sénateur Mercer : La formation des médecins et des infirmières est l'un des rôles les plus importants que jouent les facultés. Notre mode est éprouvé à cet égard. C'est peut-être une question qui dépasse le mandat de notre comité, mais c'est un problème de taille. Merci.

Le sénateur Stratton : C'est vraiment fascinant. Avec en tête ce transfert proportionnel au nombre d'habitants et à l'âge, j'ai examiné les graphiques de M. Spencer. Il est intéressant de voir les variations d'une province à l'autre dans le groupe des 65 ans et plus. Lorsqu'on arrive au Manitoba et à la Saskatchewan — le Manitoba est ma province d'origine — il n'y a, dans ce groupe, pratiquement aucun écart avec la population moyenne. C'est parce que le taux de natalité est élevé dans un segment de notre population.

En Alberta, on constate le même phénomène dans ce groupe d'âge. À mon avis, ces chiffres sont peut-être faussés par l'afflux de jeunes qui cherchent du travail dans cette province. Mais ce n'est qu'une observation de ma part.

Ce qui m'inquiète, c'est qu'une fois que l'on a ouvert la porte et que l'on verse des fonds en fonction de la population et de l'âge, le financement variera selon le pourcentage de personnes de 65 ans et plus. Il existe toutefois d'autres segments qui éprouvent des problèmes de santé. Par exemple, ce pourrait être le cas des Autochtones, qui voudraient — avec raison — qu'on leur vienne en aide.

Having opened that door, on a per capita basis, do you do the same thing for, for example, Aboriginal people? Does that, then, lead to other areas? I cannot think of any offhand, but you have to look at that potential.

Do you agree with that analysis or can you deal with it in another way where you can limit or not have that door opened? My fear is that once you have done that, you have opened that door.

Mr. Spencer: I endorse what you are saying. If you open the door, you get all sorts of special interests. The First Nations population is one, but there are any numbers of special interests that would come out and make claims that are generally along the lines of special arrangements for aging populations.

The other thing I think worth emphasizing is that the equalization formulas, as we now have them, already reflect differences in age distribution without making special allowance for health care costs and a special transfer for aging. A lot of age is built into the existing arrangements.

Mr. Ruggeri: It seems to me that there is nothing wrong with opening the door to doing the right things. Therefore, if inequality is created along the way, existing inequalities may increase. If they are large enough to affect a large share of the population and the fiscal capacity of a province to deal with those issues, they should be considered in the package.

We have been discussing the issue of age, and that is why I am confining my comments on this particular special transfer to that subject. I cannot see any area other than Aboriginals, because of the cost of birth and because that is where the two major costs are on a per capita basis. I see no reason that they cannot be looked at.

From a national perspective, the programs in which we have fiscal federalism rest on the foundation of right to citizenship. We have publicly funded education in this country because we believe that everyone should have the same opportunity to achieve his or her potential no matter where he or she lives and no matter how much money his or her parents have.

I interpret health care in the same manner. It was a decision made by Canadians who were here before I came, and I am thankful for that decision. In my interpretation, Canadian citizens of all ages, no matter where they live and no matter how much or how little money they have, they are entitled to the same quality of health care. In that way, I would not have to move from New Brunswick to Alberta, although Alberta is now spending all kinds of money to on its health care system as a major driver of economic activity. Alberta opened a big centre only last week.

Si l'on ouvre la porte et que l'on octroie des fonds en fonction de la population, pourrait-on cibler aussi les Autochtones? Cette façon de faire pourrait-elle s'appliquer à d'autres domaines? Il ne m'en vient pas à l'idée pour l'instant, mais c'est une possibilité à laquelle il faut penser.

Êtes-vous d'accord avec moi ou croyez-vous que l'on peut régler le problème en imposant des limites ou en n'ouvrant pas la porte? Je crains qu'une fois le programme en place, la porte soit ouverte.

M. Spencer : Je pense comme vous. Si on ouvre la porte, on crée toutes sortes d'attentes particulières. Il y a bien sûr les Premières nations, mais à peu près tout le monde pourrait réclamer les mesures semblables à celles que l'on accorde aux aînés.

J'aimerais également faire remarquer que les formules de péréquation actuelles tiennent déjà compte des différences d'âge dans la population, sans égard aux coûts des soins de santé et sans prévoir de transfert spécial pour le vieillissement. L'âge est déjà pleinement pris en compte dans les mesures actuelles.

M. Ruggeri : Il me semble qu'il n'y a rien de mal à ouvrir la porte si c'est pour bien faire. Mais si nous créons des inégalités en cours de route, nous pourrions exacerber celles qui existent déjà. Si elles sont suffisamment graves pour toucher une large partie de la population et entamer la capacité fiscale d'une province à régler ces problèmes, il faudrait les prendre en considération.

Nous discutons du vieillissement, et c'est pourquoi je limite mes observations sur ce transfert particulier à cette question. Je ne vois rien d'autre que les Autochtones, en raison du coût des naissances, et parce que c'est là où se situent les deux principaux coûts per capita. Je ne vois pas pourquoi on ne peut pas les examiner.

Sur le plan national, les programmes qui relèvent du fédéralisme fiscal reposent sur le principe du droit à la citoyenneté. Si notre éducation est financée par les deniers publics dans ce pays, c'est parce que nous croyons que chacun devrait avoir la même possibilité de réaliser son potentiel, peu importe où il vit ou combien d'argent gagnent ses parents.

J'interprète les soins de santé de la même manière. Jadis, les Canadiens ont pris une décision, et je leur en suis reconnaissant. Selon moi, les citoyens canadiens de tous les âges, quels que soient la région où ils vivent ou leurs revenus, peuvent bénéficier des mêmes soins de santé de qualité. De cette façon, je n'aurais pas à partir du Nouveau-Brunswick pour me faire soigner en Alberta, bien que cette dernière province consacre maintenant beaucoup d'argent à son système de santé et le considère comme l'un des principaux moteurs de son activité économique. D'ailleurs, cette province a ouvert un grand centre de santé pas plus tard que la semaine dernière.

If there are major components of the population that are impacted by these rights that can only be supported through proper federal funding, that should be taken into consideration.

Mr. Lee: Perhaps First Nations require some more study. We are getting into issues around jurisdiction. There is a much larger segment of the population on First Nations reserves that are already covered through federal programs such as Health Canada. The key issue we are trying to deal with here is differences among the provinces themselves due to different age structures and how those will change over time.

In my presentation I was trying to explain that there are a number of key public health care services consumed by seniors that are essentially outside of the Canada Health Act, which is essentially about doctors and hospitals. The key issues around aging come down to things like the provision of long-term care and home care services and grappling with the challenges of cost containment due to technology.

There are alternative means of getting there. One that I suggested in the case of pharmaceutical drugs is to upload that responsibility to the federal government. There may be some political challenges in getting there but, in principle, that addresses the core problem, which is the level of jurisdiction and the differences among provincial jurisdictions and what services they provide and the type and scope of coverage that exists.

If there is not a willingness to go in that direction, an alternative means of doing that, particularly when copayments and premiums paid by seniors in prescription drug programs across the country can vary dramatically, would be to increase base income support through the OAS or the GIS program. That is another way to get at it.

The senator was getting at the relative impact of population aging in health care as opposed to other areas that the federal government supports. In transfers for post-secondary education there may be grounds for an adjustment in terms of differences in the size of the population that is consuming those services. However, my sense is that the magnitude of that relative to the magnitude of health care funding is of a completely different order.

Finally, getting back to Senator Mercer's comment around accountability of the provinces for receipt of federal dollars, we have seen a major erosion of that going back to 1977 and then again with the introduction of the CHST. I do not think that the federal government is doing a particularly good job of enforcing provisions of the Canada Health Act with relation to funding. I am more in favour of the federal government using its fiscal powers to set priorities for things like medical and nursing spaces and for certain directions in terms of how that money is spent based on national priorities.

S'il y a d'importants segments de la population qui sont touchés par ces droits qui ne peuvent être soutenus que grâce à un financement fédéral adéquat, cela devrait être pris en considération.

M. Lee : Les Premières nations devraient peut-être faire l'objet de davantage d'études. Des questions de compétence sont en cause. Il y a une grande partie de la population des Premières nations vivant dans des réserves qui est déjà couverte par les programmes fédéraux tels que Santé Canada. Le principal problème que nous essayons de régler, ce sont les différences qui existent entre les provinces et qui sont attribuables aux diverses structures d'âge et à la façon dont celles-ci évolueront au fil du temps.

Dans ma présentation, j'essayais d'expliquer que les aînés ont recours à plusieurs services de santé essentiels qui ne sont pas prévus dans la Loi canadienne sur la santé, laquelle porte essentiellement sur les médecins et les hôpitaux. Les principaux problèmes relatifs au vieillissement sont notamment les soins de longue durée, les soins à domicile et les coûts liés à la technologie.

Il y a d'autres façons d'y arriver. Comme je l'ai indiqué, dans le cas des produits pharmaceutiques, il y a la possibilité de refiler la responsabilité au gouvernement fédéral. Cela pourrait soulever des questions d'ordre politique, mais en principe, cela réglerait le problème fondamental, c'est-à-dire les différences entre les sphères de compétence quant au type de services offerts et à la portée de la couverture.

Si on ne veut pas aller dans cette direction, il y a toujours la possibilité, particulièrement lorsque les quotes-parts et les primes versées par les personnes âgées aux régimes de médicaments varient beaucoup d'une province à l'autre, d'augmenter le soutien au revenu de base dans le cadre du Programme de la SV et du SRV. C'est une autre solution.

Le sénateur parlait de l'incidence du vieillissement de la population sur les soins de santé par rapport aux autres secteurs financés par le gouvernement fédéral. Il pourrait être nécessaire d'ajuster les transferts de fonds consacrés à l'enseignement postsecondaire en fonction de la population qui a recours à ces services. Toutefois, j'estime que l'ampleur des fonds consacrés aux soins de santé est d'un tout autre ordre.

Enfin, pour revenir sur les propos du sénateur Mercer au sujet de la responsabilisation des provinces qui reçoivent des fonds du fédéral, nous avons constaté une importante érosion de cette responsabilité en 1977, puis quelques années plus tard, avec la création du TCSPS. Je ne crois pas que le gouvernement fédéral applique bien les dispositions de Santé Canada relativement au financement. Je préférerais qu'il exerce ses pouvoirs fiscaux afin d'établir l'ordre de priorité, en ce qui a trait notamment aux places en médecine et en soins infirmiers et à la répartition des fonds.

Senator Stratton: I would be interested in a study of what impact the First Nations people have on the health care system in Manitoba and Saskatchewan in particular. I think it is significant and before we make a decision to go to age-based funding, we need to look at that other aspect of it.

The Chair: Senator Stratton, I could not give you the exact figure, but I believe that in any given day 50 per cent of the children at the Children's Hospital of Winnipeg are Aboriginal children.

Senator Stratton: I did not want to say 50 per cent, because I was not entirely certain of that, but that is my recollection as well.

The Chair: I would like to address a question to Mr. Lee and then get input from Mr. Spencer and Mr. Ruggeri.

All the provinces agreed to a national pharmaceutical program before the health accord of 2003. It was the federal government that backed off. If we had a national pharmaceutical program, the drugs would be provided on a per-patient basis and that would be fair to every part of the country. However, if long-term care dollars, home care dollars and palliative care dollars were based on the usual per capita formula, would that not continue to disadvantage provinces like Nova Scotia and New Brunswick because they have a need for a higher percentage of long-term care beds, home care services and palliative care services than the average across the country?

Mr. Lee: I agree, senator. It certainly is much easier to contemplate a national program in the case of drugs than with those other types of services. My point was simply to put it on the table that these other areas are very important in terms of the care that is received by seniors. We could have a federal community health care act that would specifically recognize those services and introduce funding mechanisms that would equalize the level of care received in those various types of services even before we think about an age-related transfer. The question is what the starting base will be. The provinces are at different levels in terms of the types of programs they have, the scope and the copayments that are required of seniors. If we were to introduce the age-related transfer without thinking about that, we may get some uneven results because of the different starting points.

Mr. Spencer: I believe it is true that in the Atlantic provinces there is no drug coverage for people at age 65 and older, whereas there is such coverage elsewhere in the country. Introducing federal government support for a national pharmaceutical plan of some sort, would address a significant part of the concern that is being identified by the committee. It would be an alternative way of dealing with a good chunk of that problem. Average drug expenditures are about \$240. That figure is just behind the other institutions in terms of dollar value.

Mr. Ruggeri: As far as the drug side, I have not looked at the latest data for this year; however, when I looked at it a couple of years ago — I may be corrected — the average cost of drug consumption is not related to age. Therefore, it will not address the particular issue. Having the federal government take over the

Le sénateur Stratton : Je serais curieux qu'on mène une étude sur l'incidence qu'ont les Premières nations sur le système de soins de santé du Manitoba et de la Saskatchewan.

La présidente : Sénateur Stratton, je ne pourrais vous donner le chiffre exact, mais si je ne me trompe pas, près de la moitié des enfants qui sont à la Children's Hospital of Winnipeg sont autochtones.

Le sénateur Stratton : Je n'osais pas le dire, par peur de me tromper, mais c'est ce que je pensais également.

La présidente : J'aimerais poser une question à M. Lee et ensuite recueillir les commentaires de MM. Spencer et Ruggeri.

Toutes les provinces se sont entendues pour mettre sur pied un programme national d'assurance-médicaments avant de conclure l'entente sur la santé de 2003. C'est le gouvernement fédéral qui est revenu sur sa décision. Si nous disposions d'un tel programme, le remboursement se ferait en fonction du nombre de patients, et ce serait plus équitable pour toutes les provinces. Cependant, si les soins de longue durée, les soins à domicile et les soins palliatifs étaient fondés sur la formule habituelle par habitant, ne continuerait-on pas de désavantager des provinces comme la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick, étant donné qu'elles ont besoin d'un pourcentage de lits de soins de longue durée, de soins à domicile et de soins palliatifs plus élevé que la moyenne nationale?

M. Lee : Je suis d'accord, sénateur. Il est certainement plus facile d'envisager un programme pancanadien pour les médicaments que pour les autres types de services. Je voulais simplement faire valoir qu'il y avait d'autres soins prodigués aux aînés qui revêtaient une grande importance. Avant d'opter pour un transfert en fonction de l'âge, nous pourrions adopter une loi fédérale sur les soins de santé communautaires dans laquelle s'inscriraient ces services et qui prévoirait des mécanismes de financement afin de les uniformiser. Il faut se demander quel est le point de référence. Les programmes, leur portée et les quotes-parts exigés aux personnes âgées varient d'une province à l'autre. Si nous introduisons un transfert en fonction de l'âge sans tenir compte de cet aspect, nous pourrions obtenir des résultats inégaux en raison des différents points de référence.

M. Spencer : Il est vrai que, contrairement à d'autres provinces, les provinces de l'Atlantique n'offrent aucun régime d'assurance-médicaments pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Un tel appui fédéral à un programme national d'assurance-médicaments permettrait de dissiper les préoccupations du comité. Ce serait une autre façon de régler une grande partie du problème. Les dépenses liées aux médicaments s'élèvent en moyenne à 240 \$. Ce chiffre arrive juste derrière les autres coûts institutionnels.

M. Ruggeri : Pour ce qui est des médicaments, je ne me suis pas penché sur les données de cette année; toutefois, il y a quelques années, et corrigez-moi si je me trompe, le coût moyen de la consommation de médicaments n'avait rien à voir avec l'âge. Par conséquent, cela ne réglerait pas le problème. Si le gouvernement

whole thing will relieve the provinces from the overall pressures of health care spending. The provinces will then have more money that they may spend on seniors, if they wish to do so. Basically, that is what would happen. However, it does not deal directly with the question of aging.

If it were simply a matter of the cost coming from the drugs, then I would say, "Yes, that is the solution. Let the federal government take over. We do not have the transfers and we do not have to worry it about. It is all done." As far as this particular issue, however, it would directly do absolutely nothing. It does it indirectly, however, because the provinces would have the extra funds. That is my view.

Mr. Spencer: It would have the benefit of treating seniors across the country much more equally in terms of access to drugs and payment for their drugs, whereas that is not the case at this time. That is what I meant.

Mr. Ruggeri: That is right.

The Chair: I am sure you are both aware that there is a great differential. In Ontario, for example, everyone over the age of 65 years has his or her drugs paid for after the first \$100. In my province of Manitoba, it is different. It is essentially a pharmaceutical program for everyone, based on needs. If you have a certain income level, unless you are an extraordinarily high user of prescription drugs, you would not ever get a payment from the provincial government.

Senator Keon: Mr. Spencer, I would like clarification on a couple of these charts.

First, in "Health Care Costs, 1998-2005, Percent Change," has a straight line for the total of the institutional costs and the doctor costs. With the exception of this peak, they are pretty much a straight line. This is costs. When we look at the expenditures related to age, we have an exponential curve that starts at about age 55, which is not reflected on the other slide.

Mr. Spencer: Yes, I can explain the difference. The first chart that you held up is the per cent change in cost over a seven-year period. That says that the total costs — and these are publicly financed total costs — looked at by age of beneficiary here — went up by 50 per cent for all ages. That is, whatever the base, they went up by about 50 per cent. The base cost was much higher at the older end, but they increased 50 per cent at the same time that the costs of 30-year-olds increased 50 per cent, but from a smaller base. That first figure is just the percentage increase or typical increase, but some are decreasing, so percentage changed, whereas the age profile is the levels and not the changes.

Senator Keon: I still have a little difficulty understanding it. You put the older people in here, even though you are showing the different age groups all along.

Mr. Spencer: Yes, but that solid heavy line in the middle says there is about a 50 per cent increase in costs at all ages. That is, each and every age has a 50 per cent increase in costs.

fédéral prenait les choses en main, cela atténuerait les pressions que subissent les provinces relativement aux dépenses en matière de santé. Du coup, les provinces auraient plus d'argent à investir dans les services offerts aux personnes âgées, si elles le souhaitent. Au fond, c'est ce qui arriverait. Par contre, cela ne concerne pas directement la question du vieillissement.

Si c'était simplement un problème lié aux coûts des médicaments, je dirais que c'est la solution. Laissons le gouvernement fédéral agir. Nous n'avons pas les transferts et nous n'avons pas à nous en inquiéter. Tout est fait. En ce qui concerne cette question particulière, toutefois, cela n'apporterait rien directement, mais plutôt indirectement, étant donné que les provinces pourraient investir les fonds additionnels ailleurs.

M. Spencer : Ainsi, les personnes âgées de partout au pays auraient un accès égal au remboursement de leurs médicaments, alors que ce n'est pas le cas aujourd'hui. C'est ce que je voulais dire.

M. Ruggeri : Absolument.

La présidente : Je suis certaine que vous savez qu'il existe un écart important. En Ontario, par exemple, toutes les personnes âgées de 65 ans et plus se font rembourser leurs médicaments après avoir payé un premier déductible de 100 \$. Au Manitoba, dans ma province, c'est différent. Il y a un programme d'assurance-médicaments fondé sur les besoins. Au-delà d'un certain niveau de revenu, à moins que vous soyez un très grand consommateur de médicaments d'ordonnance, vous n'obtiendrez aucun remboursement de la part du gouvernement provincial.

Le sénateur Keon : Monsieur Spencer, j'aimerais que vous me donniez des précisions sur quelques-uns de ces graphiques.

Tout d'abord, dans le graphique portant sur les variations en pourcentage du coût des soins de santé entre 1998 et 2005, on peut observer une ligne droite pour les coûts institutionnels et les salaires des médecins. À l'exception de ce sommet, ces coûts sont en ligne droite. Quand nous examinons les dépenses selon l'âge, nous observons une courbe exponentielle qui commence environ à l'âge de 55 ans, et qui n'est pas reflétée sur l'autre diapositive.

M. Spencer : Oui, et je peux expliquer la différence. Le premier graphique représente la variation des coûts sur une période de sept ans. Il indique que les coûts totaux — financés par les deniers publics et examinés en fonction de l'âge du bénéficiaire — ont augmenté de 50 p. 100, toutes catégories d'âge confondues. Le coût de base était nettement plus élevé pour la tranche des aînés, mais leurs coûts se sont accrus au même rythme que ceux des trentenaires, qui ont un coût de base inférieur. Le premier chiffre représente simplement le pourcentage de hausse, mais certains coûts diminuent, par conséquent, le pourcentage change.

Le sénateur Keon : J'ai encore un peu de difficulté à comprendre. Vous montrez les personnes âgées ici, mais également tous les différents groupes d'âge.

M. Spencer : Oui, mais cette ligne foncée au milieu indique qu'on a enregistré une augmentation de 50 p. 100 des coûts pour tous les groupes d'âge.

Senator Keon: That is the interesting point that I am coming to, namely, depending on how it is displayed, it would appear that seniors are not skewing the costs that much. Is that right?

Mr. Spencer: They have higher average costs, but they have had the same increase. It is not as though the increase in costs for seniors went up 100 per cent and the others went down by 20 per cent. They have all increased the same amount.

Senator Keon: Is that by about 50 per cent?

Mr. Spencer: Yes.

Senator Keon: I will need some education on that.

I now want to come to the major point, which I want all three of you to address. I will start with you, Mr. Ruggeri, because you have advocated for a special transfer to solve the problem.

I think we are into something much more complex than that. I want to know how this special transfer will fit into the overall problem that we have, namely, that health care expenditures are growing at a rate of about 5 per cent higher than GDP. That is not sustainable. Is that correct?

Mr. Ruggeri: No, they are growing at the same rate of GDP. They are growing at 5 per cent to 6 per cent.

Senator Keon: They have grown in the last eight years, I understand, at an average of 8 per cent, and GDP has grown in the last five years at an average of 3 per cent.

Mr. Ruggeri: It is a matter of the period at which you are looking. If you look over a shorter period where provinces must make up for it, when you look at those big fluctuations and take a period where you started from the bottom, when the province had to make adjustment for the federal cuts, and then look at the years where there was additional federal funding where the province had to catch up, you will then have a bigger difference between the growth of GDP and the growth of expenditures.

If you look at the projection that I have seen, and some of the ones that I have done that show the next 25 years, we have a growth of GDP roughly in the nominal terms of 4.6 per cent and a growth of health care spending anywhere between 5 per cent and 6 per cent. The difference is about 1 percentage point, which, strangely enough, is the 1 per cent point that the population aging adds on the national average side.

Senator Keon: That is very interesting. Those numbers that you are coming up with, then, are a combination of federal spending and provincial spending; is that correct?

Mr. Ruggeri: Most of the public spending is at the provincial level, so it would not matter whether we do it federal-provincial or the spending by all the provinces combined. The growth rate is very much the same.

Le sénateur Keon : C'est là où je voulais en venir. Selon ce que j'aperçois ici, il semblerait que les personnes âgées n'influent pas les coûts tant que ça. Est-ce exact?

M. Spencer : Leurs coûts moyens sont plus élevés, mais ils ont connu la même augmentation. Ce n'est pas comme si leurs coûts avaient augmenté de 100 p. 100 alors que ceux des autres tranches d'âge avaient diminué de 20 p. 100. Tous les groupes d'âge ont enregistré la même hausse.

Le sénateur Keon : D'environ 50 p. 100?

M. Spencer : Tout à fait.

Le sénateur Keon : Je devrai me renseigner là-dessus.

J'aborderai maintenant une question essentielle, que j'aimerais que vous adressiez tous les trois. Je vais commencer par vous, monsieur Ruggeri, parce vous êtes en faveur d'un transfert spécial visant à régler le problème.

Je crois que la situation est beaucoup plus complexe que cela. J'aimerais savoir comment ce transfert particulier pourra permettre de remédier au problème auquel nous sommes confrontés, c'est-à-dire le fait que les dépenses en matière de santé augmentent à un taux de 5 p. 100 plus élevé que le PIB. Cette situation n'est tout simplement pas viable à long terme. Est-ce exact?

M. Ruggeri : Non, les dépenses ont augmenté au même rythme de croissance que le PIB, c'est-à-dire de 5 ou 6 p. 100.

Le sénateur Keon : Celles-ci se sont accrues au cours des huit dernières années, si j'ai bien compris, de 8 p. 100, en moyenne, alors que le PIB a connu une hausse de seulement 3 p. 100 ces cinq dernières années.

M. Ruggeri : Cela dépend de la période que vous examinez. Si vous prenez une plus courte période où les provinces avaient moins d'argent à dépenser en raison des coupes fédérales par rapport à une période où celles-ci ont reçu un plus grand financement de la part du fédéral et se sont rattrapées dans leurs dépenses, vous constaterez un écart plus important entre le taux de croissance du PIB et celui des dépenses.

Si vous regardez cette projection et certaines autres qui montrent les 25 prochaines années, nous pouvons observer une augmentation du PIB d'environ 4,6 p. 100 et une augmentation des dépenses en matière de santé se situant entre 5 et 6 p. 100. La différence est donc d'environ 1 p. 100, ce qui, étrangement, correspond à ce que la population vieillissante ajoute à la moyenne nationale.

Le sénateur Keon : C'est très intéressant. Ces chiffres que vous nous donnez sont donc une combinaison des dépenses fédérales et provinciales, n'est-ce pas?

M. Ruggeri : Comme la plupart des dépenses publiques sont au niveau provincial, il importe peu que nous prenions les dépenses fédérales et provinciales ou les dépenses de toutes les provinces combinées. Le taux de croissance est sensiblement le même.

Senator Keon: If you look at the expenditures of the province — and it does not seem to matter at which curve you look — you have this rate of growth of about 8 per cent over the last five years in all the provinces. The GDP is 3 per cent. There is a difference there of 5 per cent.

Does the fact that the federal government spent for a period of time neutralize that? Is that because the federal government is not giving in enough? Certainly, the figures that the provinces are showing reveal a tremendous discrepancy between GDP and health care expenditures.

Mr. Spencer: We certainly observe that health care expenditures over a long period of time have been growing more rapidly than GDP and the population. Health care as a fraction of GDP has accounted for an increasing component. That is certainly true over the last two decades. Your comment is right; it is unsustainable. We cannot have health care costs grow at noticeably higher rates than GDP forever without absorbing all of GDP, which will not happen. There will be some corrective mechanism come into play, obviously.

Mr. Lee: The numbers you are putting out do not seem right to me. Perhaps you are looking at real GDP numbers and comparing those to growth in nominal health care spending. That would certainly account for some of the difference. Eight per cent per year seems to be on the high side.

Senator Keon: The average over the past five years is 8 per cent in the provinces, at least according to the one set of figures I have. The average for province GDP growth has been 3 per cent.

Mr. Lee: There has certainly been a period of catch-up after there were cuts in federal funding in the mid-1990s. We have seen a recovery period coming out of that. Certainly, it is true that if those rates were to continue indefinitely into the future, we would have a sustainability problem.

It is interesting to see what is going on. Health care spending as a percentage of GDP is also not necessarily, over time, providing the same level or amount — the same basket, if you will — of health care services. Much of the growth relative to GDP in the 1970s and 1980s had to do with real expansion of health care services, particularly around such things as pharmaceutical drugs, residential care and home care.

My sense is that in recent years, that differential — and forget about what the actual differential is for a moment — is very much related to some of the challenges we are facing with technology and the fact that we are actually providing more health care services per capita than we did in the recent past. An example of that would be in orthopedics. For knee and hip replacements, the number of surgeries has grown substantially more than population growth or population aging would justify. We have new surgical techniques, less invasive techniques that allow today's 80-year-old to have a surgery that his or her predecessor two decades ago simply would not be able to have. Similarly, pharmaceutical drugs are the fastest growing component of the health care system. Part of this is in the provision of new and better drugs. When we are thinking about

Le sénateur Keon : Si vous prenez les dépenses de la province — quel que soit la courbe que vous examinez —, vous observez un taux de croissance d'environ 8 p. 100 au cours des cinq dernières années dans toutes les provinces. Toutefois, celui du PIB est de 3 p. 100 seulement. Il y a donc un écart de 5 p. 100.

Le fait que le gouvernement fédéral a dépensé plus d'argent pendant une certaine période ne neutralise-t-il pas cela? Est-ce parce qu'il accorde un financement insuffisant? Chose certaine, les chiffres des provinces révèlent un important écart entre le PIB et les dépenses en matière de santé.

M. Spencer : Il va sans dire que l'augmentation des dépenses consacrées aux soins de santé, au cours d'une longue période, est plus rapide que la croissance du PIB et de la population. Les soins de santé en pourcentage du PIB ont augmenté, surtout au cours des deux dernières décennies. Vous avez raison; ce n'est pas viable à long terme. Les coûts liés aux soins de santé ne peuvent pas toujours augmenter à un taux considérablement plus élevé que celui du PIB, sans que nous absorbions tout le PIB, ce qui ne se produira pas. De toute évidence, des mesures correctrices devront être prises.

M. Lee : Les chiffres que vous nous donnez me paraissent inexacts. Vous comparez peut-être les chiffres réels du PIB avec des dépenses en soins de santé nominales. Cela y est certainement pour quelque chose dans la différence. Huit pour cent par année semble être très élevé.

Le sénateur Keon : La moyenne au cours des cinq dernières années est de 8 p. 100 dans les provinces, du moins d'après les données que j'ai entre les mains. La croissance moyenne du PIB dans les provinces a été de 3 p. 100.

M. Lee : Il y a certainement eu une période de rattrapage après les coupes du gouvernement fédéral au milieu des années 1990. N'empêche que si ces taux ne cessent d'augmenter, nous nous retrouverons avec un problème de viabilité.

C'est intéressant de voir ce qui se passe. En pourcentage du PIB, les dépenses en soins de santé ne permettent pas nécessairement, avec le temps, de fournir le même niveau de services. Une grande partie de la croissance relative du PIB dans les années 1970 et 1980 est attribuable à l'expansion des services de santé, particulièrement des produits pharmaceutiques, des soins en établissement et des soins à domicile.

J'ai l'impression qu'au cours des dernières années, cet écart — et oublions un instant l'écart réel — est étroitement lié aux difficultés auxquelles nous sommes confrontés en ce qui concerne la technologie et au fait que nous fournissons plus de services de santé par habitant que nous le faisons auparavant. Un exemple de cela serait l'orthopédie. Le nombre d'arthroplasties du genou et de la hanche a connu une hausse si importante que la croissance ou le vieillissement de la population ne pourrait justifier. Nous avons maintenant de nouvelles techniques chirurgicales, moins effractives, qui permettent aujourd'hui de pratiquer une chirurgie sur une personne âgée de 80 ans que son prédécesseur n'aurait tout simplement pas pu subir il y a deux décennies. Par ailleurs, ce sont les produits pharmaceutiques qui connaissent la plus rapide croissance du système de soins de santé. Cela est attribuable à

the important issue around how we can contain costs as the population ages while still providing a decent and ideally growing level of services, we need to think about health technology assessments and some of the policies we put in place with regard to drugs, and the interactions within the health care system itself. I mentioned community care, things like residential care and home care and their interactions with the acute care system and trying to break out of the present federal and provincial silo-type approach with regard to spending.

Senator Keon: My real question is the following. I wanted to discuss this from the platform that I suggested. If we talk about a separate transfer, are we not adding to the ever-widening gap between health care expenditures and growth of GDP?

Mr. Ruggeri: I have to change the platform, with your permission, because I disagree. I have worked with those numbers and I have done the projections for Canada over the past three years. I believe the last time I was here I left a number of copies of a book that I wrote with all the details and the different benefits and costs related to overall government spending by different ages. If we look at the longer term and at the drivers of cost over the next 25 to 30 years that are available there in the literature, and also look at projections of nominal GDP over the next 25 years done by the Conference Board of Canada and so on, what we really have is a projected growth of nominal GDP of about 4.6 per cent. In real terms, it would be about 2.6 per cent on average. We have a projected growth of health care spending of about 5.6 per cent. The difference is 1 percentage point.

Some people might come up with higher estimates but we should remember that health care spending in this country at the provincial level is really managed spending. There are caps. The doctors can go on strike but they must settle their rates with the provincial government. The pharmaceutical companies can come up with all kinds of new pharmaceuticals that they want, but the provinces must decide which ones will be covered and which ones will not be covered. Some of these negotiations will go on depending on the money that is available.

When we look at the future, the difference between the growth of nominal spending on health care that is publicly funded and nominal GDP is about 1 per cent. That means that if we use 10 cents out of each dollar of GDP now for health care, 25 years from now we will use about 15 cents. All this so-called big pressure that we cannot afford amounts to 5 cents to the dollar. That is really all there is to it.

My calculations indicate that a real growth rate of 2.4 per cent a year on average over the next 25 years is enough to take care of these expenditures, these health care pressures, because there will be lower pressures in other areas. Unless we have an economic disaster that will last for years and years and our growth rate is

l'arrivée de nouveaux et meilleurs médicaments. Quand nous envisageons de limiter les coûts à mesure que la population vieillit tout en fournissant des services décentes et, idéalement, plus nombreux, nous devons évaluer la technologie en matière de santé et revoir certaines des politiques que nous avons en place relativement aux médicaments, et les interactions au sein du système de santé lui-même. J'ai parlé des soins communautaires, notamment des soins en établissement, des soins à domicile et de leurs interactions avec le système de soins de santé de courte durée et du fait qu'il faudrait éliminer l'approche en vase clos adoptée par les gouvernements fédéral et provinciaux en ce qui concerne les dépenses.

Le sénateur Keon : Ma véritable question est la suivante. J'aimerais revenir sur ce que j'ai proposé. Si nous parlons d'un transfert distinct, n'allons-nous pas amplifier l'écart sans cesse grandissant entre les dépenses consacrées aux soins de santé et la croissance du PIB?

M. Ruggeri : Si vous me le permettez, je vais changer de sujet, parce que je ne suis pas d'accord. Je me suis fondé sur ces chiffres et j'ai fait les projections pour le Canada au cours des trois dernières années. Je crois que la dernière fois que j'ai comparé, j'ai laissé plusieurs copies de mon ouvrage qui renferme tous les détails et les différents coûts liés aux dépenses globales du gouvernement selon les catégories d'âge. À plus long terme, si nous examinons les inducteurs de coûts pour les prochains 25 ou 30 ans qui se trouvent dans la documentation, et les projections du PIB nominal pour les 25 prochaines années faites par le Conference Board of Canada et ainsi de suite, nous pouvons observer une hausse du PIB nominal d'environ 4,6 p. 100. En chiffres réels, cela donnerait en moyenne 2,6 p. 100. Nous avons prévu une hausse des dépenses en matière de santé de près de 5,6 p. 100. L'écart est donc de 1 p. 100.

D'autres personnes pourraient en arriver à des estimations plus élevées, mais nous devons nous rappeler que les dépenses en soins de santé dans ce pays au niveau provincial sont très bien planifiées. Il y a des plafonds. Les médecins peuvent faire la grève, mais ils doivent convenir de leurs taux avec le gouvernement provincial. Les compagnies pharmaceutiques peuvent produire tous les médicaments qu'elles veulent, mais au bout du compte, ce sont les provinces qui décident quels sont ceux qui sont couverts ou non. Certaines de ces négociations se font en fonction de l'argent disponible.

Si nous regardons à long terme, l'écart entre la croissance des dépenses en matière de santé financées à même les fonds publics et celle du PIB nominal est d'environ 1 p. 100. Cela signifie que si nous consacrons 10 ¢ de chaque dollar du PIB aux soins de santé, d'ici 25 ans, cela représentera environ 15 ¢. Cette soi-disant grosse pression que nous ne pouvons pas soutenir correspond, en réalité, à 5 ¢ par dollar.

Mes calculs indiquent qu'un taux de croissance réelle de 2,4 p. 100 par année en moyenne pour les 25 prochaines années est suffisant pour assumer ces dépenses, ces pressions en matière de soins de santé, étant donné que les pressions seront moindres dans d'autres secteurs. À moins qu'une catastrophe économique

reduced to 1.5 per cent, there is absolutely no problem with health care affordability of the system that we have today over the next 25 years.

Mr. Lee: There are three key things in terms of sustainability: population aging, population growth and health care-specific inflation. If you look at the population projections from Statistics Canada around population growth and population aging and you then project forward the average over the past 10 years of health care-specific inflation, the health care budget publicly needs to grow by about 4.4 per cent per year in order to provide the same level of services for a growing and aging population. Anything above that is essentially enrichment; that is, growing the basket or suite of health care services. The sustainability question hinges on whether or not economic growth will be above, at or below 4.4 per cent. Mr. Ruggeri just suggested it might be 4.6 per cent, which would leave some room for enrichment of health care services above and beyond providing the same level of health care services to the population.

That is not to understate the challenges we face in terms of managing costs associated with drugs and technology, but we can provide the same level of services that we have today into the future with an aging population. I believe that is a very high level of health care services. To the extent that we want more, if we want more and better health care services, then we do indeed have to pay for that and pay a larger share of our collective income in doing so. However, we have to ensure we are not confusing expansion of the health care system with what is required minimally to maintain it.

Senator Keon: Do you agree with Mr. Ruggeri that the best option is a separate transfer and that this does not in any way threaten a widening gap between GDP and health care expenditure?

Mr. Lee: Essentially, we are moving the discussion from whether health care is sustainable on a national basis to dealing with some of the regional inequities in terms of differences in age structure and how those differences will change over time. Professor Ruggeri's recommendation of a separate and temporary, if you will, transfer is simply trying to even out the situation across the provinces in terms of how we deal with an aging population.

In fact, it could be done without necessarily being an increase in overall spending. You could have it so that it is revenue neutral so that funds that go to provinces with larger than average senior populations would be offset by decreases to provinces with lower than average senior populations. There is a political calculus, obviously, that comes out of that. That is one way of doing it. I do not believe that the regional issue is the same issue as the overall sustainability issue.

Senator Keon: Mr. Spencer, are you in total agreement with what has been said?

perdre pendant des années et que notre taux de croissance soit réduit à 1,5 p. 100, nous aurons amplement les moyens d'assumer les dépenses consacrées aux soins de santé du système que nous avons aujourd'hui pour les 25 prochaines années.

M. Lee : Il y a trois éléments dont il faut tenir compte lorsqu'il est question de viabilité : la croissance et le vieillissement de la population et le taux moyen d'inflation des soins de santé. D'après les prévisions démographiques de Statistique Canada et le taux moyen d'inflation des soins de santé au cours de la dernière décennie, le budget public lié aux soins de santé doit augmenter d'environ 4,4 p. 100 par année afin de fournir le même niveau de services à une population croissante et vieillissante. Au-dessus de cela, cela devient de l'enrichissement. La question de la viabilité dépend si le taux de croissance économique est supérieur, égal ou inférieur à 4,4 p. 100. M. Ruggeri vient de mentionner que le taux pourrait se situer à 4,6 p. 100, ce qui donnerait la possibilité d'enrichir les services de santé tout en fournissant avant tout le même niveau de services à la population :

Je ne veux pas sous-estimer les problèmes auxquels nous faisons face dans la gestion des coûts liés aux médicaments et à la technologie, mais nous pouvons offrir le même niveau de services dans le futur à une population vieillissante que nous offrons aujourd'hui. Je crois qu'il s'agit d'un très haut niveau. Comme nous en voulons toujours plus, de meilleurs services de santé viennent avec un prix; nous devons donc payer et déduire une partie de notre revenu. Toutefois, nous devons nous assurer de ne pas confondre l'expansion du système de santé avec le strict minimum nécessaire pour le maintenir.

Le sénateur Keon : Êtes-vous d'accord avec M. Ruggeri pour dire que la meilleure option est un transfert distinct et que cela n'accroîtrait d'aucune façon l'écart grandissant entre le PIB et les dépenses en matière de santé?

M. Lee : Au fond, nous avons fait bifurquer la discussion au sujet de la viabilité du système de santé à l'échelle nationale pour discuter des inégalités régionales relativement aux structures d'âge et à la façon dont elles évolueront au fil du temps. Le transfert distinct et temporaire, recommandé par M. Ruggeri, vise simplement à remédier à la situation du vieillissement de la population dans les provinces.

En fait, il ne serait pas nécessaire d'augmenter les dépenses globales. Nous pourrions faire en sorte que cela n'ait aucune incidence sur les recettes et que le financement plus élevé accordé aux provinces qui comptent plus de personnes âgées que la moyenne soit compensé par la réduction des fonds alloués aux provinces dont le nombre d'ânés est inférieur à la moyenne. Évidemment, il s'agit d'un calcul politique. C'est une possibilité. Je ne crois pas que la question sur le plan régional soit la même que celle de la viabilité de l'ensemble du système.

Le sénateur Keon : Monsieur Spencer, êtes-vous entièrement d'accord à propos de tout ce qui a été dit?

Mr. Spencer: There are wide areas of agreement. I would certainly agree and emphasize that I am not concerned about the general sustainability of the health care system. I am not concerned with population pressures making the health care system unsustainable because it has been demonstrated that population pressures do not endanger the health care system; it is not the major driver of the increases in costs that we have observed. It is quite sustainable from that point of view.

At the same time, health costs have been going up more rapidly than GDP and certainly much more rapidly than they would be going up if the population were the major driver of the increases in cost.

In my remarks, I tried to draw the attention of the committee to the scope for better planning within the health care system. If people were prescribed fewer inappropriate drug combinations so we did not have a noticeable large fraction of all hospitalizations as a result of overmedication for example, that would be a huge impact.

I have to think we could get a long way towards that if we had not necessarily a national pharmaceutical plan but at least an electronic record of what drugs people are taking and an automatic check that they are not taking inappropriate combinations of drugs. Such things exist in other countries. There is no reason why they could not exist here. I could see that reducing health care costs substantially in the future.

[Translation]

Senator Chaput: My question is for Professor Spencer and it concerns planning. Earlier on in your presentation, you said there was:

... far too little coherent and consistent planning of the health care system.

In your conclusion, you said that:

... very little systematic planning of the overall health care system takes place.

And you went on to say this:

The planning . . . must be done . . . by the government, or it will not happen.

Professor, what kind of planning do you see happening and what steps do you see the government taking?

[English]

Mr. Spencer: If this will happen at all, I guess the way I see it is the public service, people like assistant deputy ministers and deputy ministers and ministries of health across the country and people perhaps within Health Canada at the director general or assistant deputy minister level, would be charged with responsibility for overall direction of the health care system.

It is not that they are not charged with that responsibility at the moment, but I believe it to be a true statement that right across the country they have not taken as a primary charge of their

M. Spencer : En grande partie. Je suis d'accord, en ce sens que je ne suis pas préoccupé par la viabilité du système de santé à long terme. Je ne crains pas que les pressions de la population compromettent le système de santé, et cela a été démontré; ce n'est pas le principal élément qui explique la hausse des coûts. C'est très viable de ce point de vue.

En même temps, les coûts des soins de santé augmentent plus rapidement que le PIB et certainement plus rapidement que si la population était le principal générateur de coûts.

Dans mes remarques, j'ai essayé d'attirer l'attention du comité sur la nécessité d'avoir une meilleure planification au sein du système de santé. Si les gens se faisaient prescrire moins de combinaisons de médicaments néfastes et qu'il y avait moins d'hospitalisations attribuables à une surconsommation de médicaments, cela aurait une incidence énorme.

Nous pourrions dissiper les préoccupations, pas nécessairement en ayant un régime national d'assurance-médicaments, mais au moins un dossier électronique des médicaments prescrits aux patients, qui procède à une vérification automatique afin d'empêcher qu'une combinaison de médicaments soit néfaste. Cela existe dans d'autres pays ailleurs dans le monde; il n'y a donc aucune raison pour que cela n'existe pas ici. Je pense que cela permettrait de réduire considérablement les coûts en matière de santé dans le futur.

[Français]

Le sénateur Chaput : Ma question s'adresse au professeur Spencer et porte sur la planification. Dans votre présentation tout à l'heure, vous avez dit :

[...] trop peu de planification cohérente au niveau de tout le système.

Dans vos conclusions, vous mentionnez :

[...] très peu de planification systématique dans le système de santé.

Et vous ajoutez :

Le gouvernement doit prendre l'initiative, sinon il n'y aura pas de planification.

Professeur, comment voyez-vous cette planification et de quelle façon le gouvernement pourrait en prendre l'initiative?

[Traduction]

M. Spencer : Si c'est ce qui se produit, je suppose que des gens comme les sous-ministres adjoints, les sous-ministres et les ministères de la Santé de partout au pays, de même que les directeurs généraux de Santé Canada, pourraient assumer la gestion globale de notre système de santé.

Ce n'est pas qu'ils ne le font pas à l'heure actuelle, mais je crois qu'il est juste de dire que la planification cohérente du système en général n'est pas leur priorité. Ils ne s'inquiètent pas du fait que de

responsibility to worry about the overall coherent planning of the system. They do not worry about how many nurses might be displaced by doctors or more likely the reverse, of what nurse practitioners could do and effectively substitute for doctors in health care delivery services, for example. The whole range of the provision of health care services, the integration of services across different types of health care professionals, the treatment of people with chronic conditions, all those sorts of things that I have tried to identify are matters that do not get attention. There is a gross mismatch between what health professionals are trained to do and the population health care needs. If the health care system, led by the funders, does not make plans consistent with that, then no one else will take the lead and do it. It must be the funder.

The Chair: Thank you very much. Are there any other questions?

I want to put before you what I heard today. I saw little or no support for changing the equalization formula. I saw little or no support for changing the Canada Social Transfer tax. I heard some support for Professor Ruggeri's suggestion with respect to a transitory funding on a per capita basis of the differential between some provinces having more aging people than others.

I heard very clearly the need for planning, coherence and integration of all those things that I think Professor Spencer said in detail. That includes such things as the need to properly direct the human resources, the nurses, the doctors, the specialists, that type of thing.

I heard about the need for more federal engagement in the payment of drugs but also the federal focus of broadening the present funding of health care into such areas as long-term care, home care, palliative care and that basket of services which right now is outside of the Canada Health Act.

Have I essentially touched on most of what I have heard, Professor Lee, from your perspective?

Mr. Lee: Excellent summary, Madam Chair.

The Chair: Professor Spencer?

Mr. Spencer: Yes, although I would add it is not just human resources but also physical resources.

The Chair: I want to thank all three of you for your presentations. I know it is always awkward, Professor Lee, to do this by video conferencing, but it was important we had you today and we appreciate it very much.

We will go into camera. Do I have a motion for staff to remain in the room? It was so moved by Senator Chaput.

The committee continued in camera.

nombreux infirmiers sont supplantés par des médecins ou vice versa, que des infirmiers remplacent efficacement des médecins dans la prestation des soins de santé, par exemple. La prestation des services de santé, l'intégration des services à différents types de professionnels de la santé, le traitement de gens souffrant de maladies chroniques, et toutes ces choses que je considère comme des problèmes n'attirent pas l'attention. Il y a un écart énorme entre la formation offerte aux professionnels de la santé et les besoins réels de la population. Si le système de santé, dirigé par les bailleurs de fonds, n'agit pas dans ce sens, personne ne prendra les devants. Il faut que ce soit le bailleur de fonds.

La présidente : Merci beaucoup. Y a-t-il d'autres questions?

J'aimerais revenir sur ce qu'on a dit aujourd'hui. Personne ne tient particulièrement à ce que la formule de péréquation ou le Transfert canadien en matière de programmes sociaux soient modifiés. Certains étaient d'accord avec le professeur Ruggeri pour octroyer un financement transitoire per capita pour combler l'écart entre les provinces qui comptent plus d'ânés.

Vous étiez clairement en faveur d'une planification plus efficace, d'une plus grande cohérence et d'une meilleure intégration de toutes ces choses dont le professeur Spencer a parlé en détail, notamment la nécessité de bien orienter les ressources humaines, les infirmiers, les médecins, les spécialistes, et cetera.

Vous voudriez voir un plus grand engagement de la part du gouvernement fédéral dans le remboursement des médicaments, mais vous souhaiteriez également qu'il étende son financement actuel en matière de santé à des secteurs tels que les soins de longue durée, les soins à domicile, les soins palliatifs et tous les services qui, à l'heure actuelle, ne sont pas prévus dans la Loi sur la santé canadienne.

À votre avis, monsieur Lee, ai-je abordé en gros ce qui a été dit?

M. Lee : Excellent résumé, madame la présidente.

La présidente : Monsieur Spencer?

M. Spencer : Oui, mais j'ajouterais qu'il ne s'agit pas uniquement de ressources humaines, mais aussi de ressources matérielles.

La présidente : Je tiens à vous remercier tous les trois pour vos présentations. Monsieur Lee, je suis consciente que c'est toujours plus difficile par vidéoconférence, mais c'était important de vous avoir parmi nous aujourd'hui, et nous vous en sommes très reconnaissants.

Nous allons poursuivre la séance à huis clos. Ai-je une motion visant à autoriser le personnel à demeurer dans la salle? Le sénateur Chaput en fait la proposition.

Le comité se poursuit ses travaux à huis clos.

Monday, April 28, 2008

As an individual:

Donald Paterson, Professor, School of Kinesiology, Faculty of Health Sciences, University of Western Ontario.

Elaine Gallagher, Director, Centre on Aging, University of Victoria.

Alberta Centre for Active Living:

Chad Witcher, Representative.

Canadian Urban Institute:

Glenn Miller, Director, Education and Research.

Seniors College of Prince Edward Island:

Ian Scott, President.

Volunteer Canada:

Ruth MacKenzie, President.

Monday, May 5, 2008

As individuals:

Joe Ruggeri, Professor, Department of Economics, University of New Brunswick.

Byron Spencer, Professor of Economics, McMaster University.

Canadian Centre for Policy Alternatives (by video conference):

Marc Lee, Senior Economist.

Le lundi 28 avril 2008

À titre personnel :

Donald Paterson, professeur, École de kinésiologie, Faculté des sciences de santé, Université de Western Ontario.

Elaine Gallagher, directrice, Centre du vieillissement, Université de Victoria.

Alberta Centre for Active Living :

Chad Witcher, représentant.

Canadian Urban Institute :

Glenn Miller, directeur, Éducation et recherche.

Senior College of Prince Edward Island :

Ian Scott, président.

Bénévole Canada :

Ruth MacKenzie, présidente.

Le lundi 5 mai 2008

À titre personnel :

Joe Ruggeri, professeur, Département d'économie, Université du Nouveau-Brunswick.

Byron Spencer, professeur d'économie, Université McMaster.

Centre canadien de politique alternatives (par vidéoconférence) :

Marc Lee, économiste principal.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Monday, April 14, 2008

Queen's University:

Kathleen Lahey, Law Professor.

Federal Superannuates National Association:

Francis Bowkett, Executive Director;

Bernard Dussault, Senior Research and Communications Officer.

McMaster University:

Michael Veall, Professor and Chair, Department of Economics.

Informetrica Ltd.:

Bob Baldwin, Senior Associate.

As an individual (by video conference):

Kevin Milligan, Assistant Professor of Economics, University of British Columbia.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le lundi 14 avril 2008

Université Queen's :

Kathleen Lahey, professeure de droit.

Association nationale des retraités fédéraux :

Francis Bowkett, directeur exécutif;

Bernard Dussault, agent principal de recherche et de communications.

Université McMaster :

Michael Veall, professeur et président, Département d'économie.

Informetrica Ltd. :

Bob Baldwin, associé principal.

À titre personnel (par vidéoconférence) :

Kevin Milligan, professeur adjoint d'économie, Université de la Colombie-Britannique.

(Suite à la page précédente)



16439

